

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL  
TRABAJO

GRADO EN TRABAJO SOCIAL

Trabajo Fin de Grado

Proyecto de intervención  
comunitario para la autonomía  
personal de las personas en  
situación de dependencia

Alumno/a: María Camacho Pescador  
Sara Larraga Gracia

Director/a: Nuria del Olmo Vicén  
Grupo: 1

Zaragoza, [Septiembre 2012]



**Universidad**  
Zaragoza



Facultad de  
Ciencias Sociales  
y del Trabajo  
**Universidad** Zaragoza

## ÍNDICE

1. PRESENTACIÓN GENERAL Y JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO.....	3
1.1. EL MODELO ESPAÑOL: MARCO LEGISLATIVO (SOPORTES NORMATIVOS) Y RECURSOS PÚBLICOS ANTERIORES A LA LAPAD .....	15
1.2. OBJETO DEL TRABAJO.....	27
2. CAPITULOS DE FUNDAMENTACIÓN .....	29
2.1. CONTEXTUALIZACIÓN.....	29
2.2. MARCO CONCEPTUAL.....	31
2.3. METODOLOGÍA.....	34
2.3.1. DIAGNÓSTICO DE LAS NECESIDADES A TRAVÉS DE IAP .....	37
2.3.2. NECESIDADES SOCIALES QUE CONDUCEN AL DISEÑO DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA .....	41
3. CAPÍTULOS DE DESARROLLO: PROYECTO DE INTERVENCIÓN COMUNITARIO PARA LA AUTONOMÍA PERSONAL DE LOS SUJETOS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA.....	42
3.1. EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO .....	53
3.2. PRESUPUESTO Y FINANCIACIÓN.....	55
3.3. EVALUACIÓN Y VIABILIDAD .....	59
BIBLIOGRAFÍA .....	63
WEBGRAFÍA.....	64
LEGISLACIÓN .....	64
ANEXO 1. Diario de campo .....	66
ANEXO 2. Estudio de casos .....	67
ANEXO 3. Ejemplo de pruebas sociométricas .....	68
ANEXO 4. Memorando .....	69

## **1. PRESENTACIÓN GENERAL Y JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO**

España se ha caracterizado por tener un bajo número de recursos para la atención social y además estar repartidos en las zonas donde más población se aglutina, dejando de este modo desprovistas de tales servicios las zonas rurales. (Carmen Alemán; 1993; p.204).

A este hecho también se le añade la poca coordinación entre el Sistema Sanitario y el Sistema de Servicios Sociales, que ha provocado que la mayoría de cuidados que ha requerido la población en situación de dependencia, por no disponer de los recursos y servicios necesarios, haya sido por parte de sus familiares, en concreto de la figura femenina, lo cual en muchas ocasiones se ha confrontado con el acceso de la mujer al mundo laboral y por ende de su propia realización en pro de otorgar cuidados informales a sus familiares (Ana Lima.2010)

La Ley 39/2006 de 14 de Diciembre, con la creación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) ha logrado aunar todos los servicios y prestaciones dedicados inicialmente a solventar problemas relacionados con la Dependencia (Sistema de la Seguridad Social, necesidad de tercera persona en la población discapacitada...) creando un organismo protector a nivel Nacional, el cual ha de conceder un mínimo protector a las personas dependientes, en el que las Autonomías debido a la asunción de sus propias competencias, gestionarán junto con la Administración Central los servicios y prestaciones, siendo las Comunidades las que proporcionarán los servicios y prestaciones oportunos. Las Entidades Locales por su parte también colaboran completando aquellas acciones protectoras que el Estado y las CC.AA no llegan a cubrir. (Capítulo Segundo del Título VIII a la Administración Local (artículos 140 al 142).

Por una parte, siguiendo la línea de Pilar Rodríguez (2009), "se está experimentando un crecimiento considerable de la esperanza de vida humana, lo que origina que cada vez más personas lleguen a edades avanzadas. Vivir muchos años es un logro social muy positivo de las sociedades modernas, pero

también determina, como contrapartida, que crezca el número de quienes precisan ayuda para realizar las actividades de la vida diaria.

Al tiempo que crece la esperanza de vida, también a lo largo del siglo XX ha ido descendiendo el índice de fecundidad. Ello origina que el número de hijos e hijas, potenciales cuidadores de personas mayores dependientes, esté disminuyendo de manera importante”.

En la siguiente ilustración se muestra una simulación del envejecimiento progresivo e inexorable de la población española.

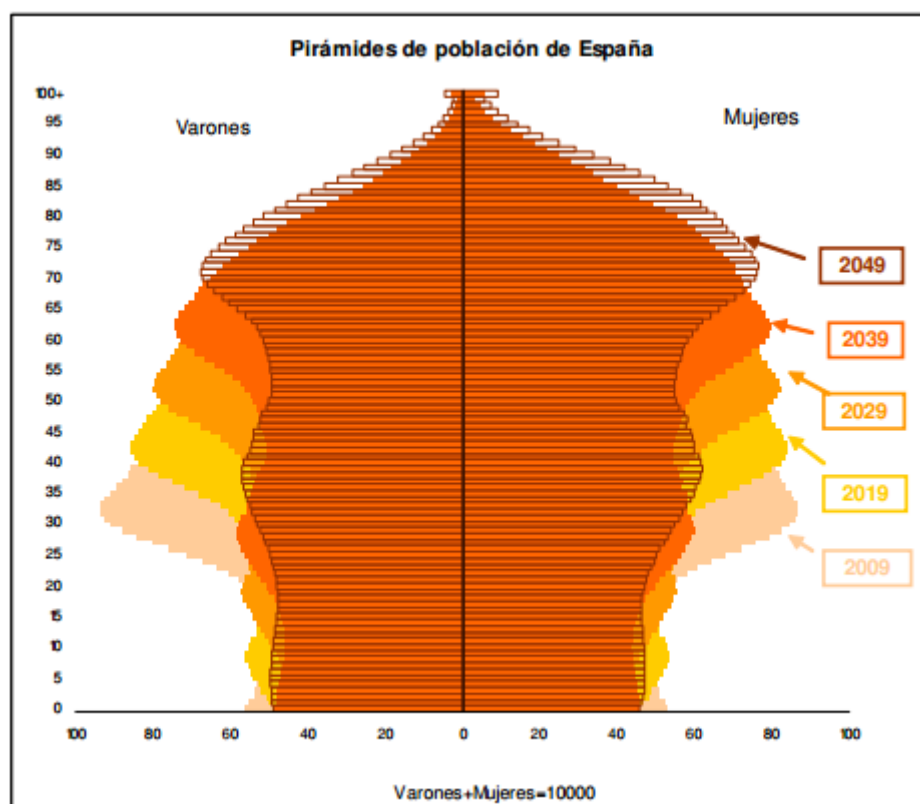


Ilustración 1 - Simulación del envejecimiento de la población en España durante el periodo 2009 - 2049. Fuente: INE

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia<sup>1</sup>, se fraguó en 2006, bajo

<sup>1</sup> A partir de este momento, dicha ley se nombrará por su abreviatura "LAPAD".

las doctrinas del Gobierno Socialista (PSOE), cuyo Presidente del Gobierno era José Luis Rodríguez Zapatero. Una de las especificidades de dicha Ley, es que reconoce y permite a los ciudadanos exigir un derecho subjetivo, el cual nace de sus propias demandas ya sean expresadas o sentidas, simplemente por ser ciudadanos españoles.

La efectividad del derecho a los servicios y prestaciones de dependencia de la LAPAD se realizará progresiva y gradualmente a partir del 1 de enero de 2007 de acuerdo al siguiente calendario:

<b>Año 2007</b>	•El primer año a quienes sean valorados en el Grado III de Gran Dependencia, niveles 1 y 2.
<b>Año 2008 -2009</b>	•En el segundo y tercer año a quienes sean valorados en el Grado II de Dependencia Severa, nivel 2.
<b>Año 2009 – 2010</b>	•En el tercer y cuarto año a quienes sean valorados en el Grado II de Dependencia Severa, nivel 1.
<b>Año 2011 – 2012</b>	•El quinto año, que finaliza el 31 de diciembre de 2011, a quienes sean valorados en el Grado I de Dependencia Moderada, Nivel 2, y se les haya reconocido la concreta prestación.
<b>Año 2014</b>	•A partir del 1 de enero de 2014 al resto de quienes sean valorados en el Grado I de Dependencia Moderada, Nivel 2.
<b>Año 2014</b>	•A partir del 1 de enero de 2014 a quienes sean valorados en el Grado I de Dependencia Moderada, nivel 1.

Tabla 1 - Disposición Final Primera de la LAPAD. Fuente: LAPAD

La implantación de la LAPAD ha sido progresiva y se ha ajustado al calendario que se estableció previamente, concretamente hasta el año 2011, donde se fragua el Real Decreto-ley 20/2011, de 30 de diciembre, de medidas urgentes en materia presupuestaria, tributaria y financiera para la corrección del déficit

público, que modifica la LAPAD, estableciendo la moratoria de un año para la incorporación de las personas con grado de dependencia moderada.

En la tabla que se muestra a continuación, aparece la modificación del calendario citado anteriormente:

<b>Año 2007</b>	•El primer año a quienes sean valorados en el Grado III de Gran Dependencia, niveles 1 y 2.
<b>Año 2008 - 2009</b>	•En el segundo y tercer año a quienes sean valorados en el Grado II de Dependencia Severa, nivel 2.
<b>Año 2009 - 2010</b>	•En el tercer y cuarto año a quienes sean valorados en el Grado II de Dependencia Severa, nivel 1.
<b>Año 2011</b>	•El quinto año, que finaliza el 31 de diciembre de 2011, a quienes sean valorados en el Grado I de Dependencia Moderada, nivel 2
<b>Año 2012-2013</b>	•A partir del 1 de enero de 2013 al resto de quienes sean valorados en el Grado I de Dependencia Moderada, nivel 2.
<b>Año 2014</b>	•A partir del 1 de enero de 2014 a quienes sean valorados en el Grado I de Dependencia Moderada, nivel 1.

Tabla 2 - Disposición Final Decimocuarta. Fuente: Real Decreto-ley 20/2011, de 30 de diciembre, de medidas urgentes en materia presupuestaria, tributaria y financiera para la corrección del déficit público.

Teniendo en cuenta lo citado anteriormente y siguiendo la línea del Observatorio Estatal de la Dependencia, se puede afirmar que “el Sistema de Atención a la Dependencia está paralizado desde finales del año 2011. La nueva redacción del Real Decreto-Ley, implicará hacer de diferente condición a las personas dependientes de Grado I Nivel 2, en función de cuándo hayan sido valoradas (antes o después de la entrada en vigor del Real Decreto-Ley). Una consecuencia directa que subyace a este hecho, es la ruptura del principio de igualdad de acceso al derecho subjetivo, legalmente reconocido”.

Llegados a este punto, sería importante mostrar un hecho que aconteció en el año 2008 en el Pleno del Congreso de los Diputados, donde se aprobó una moción en la que se instaba al Gobierno a crear un Grupo de Expertos para realizar una evaluación del desarrollo y efectiva aplicación de la LAPAD. Finalmente y tras dictar resolución la Ministra de Educación, Política Social y Deportes, se creó el Grupo de Expertos mediante la elección por parte de la Directora del IMSERSO en 2009 de los miembros que lo constituirían.

De modo unánime se estableció que la dificultad más destacada para la implantación de la LAPAD era la financiación. Por ello, resulta necesario trasladar las opiniones recogidas en dicho estudios.

Por una parte se van a exponer los aspectos positivos y resaltables de la LAPAD, que son los siguientes:

- “La incorporación de un derecho de ciudadanía al Sistema Público de Servicios Sociales.
- La implicación de diferentes Administraciones Públicas, la iniciativa social y las organizaciones no gubernamentales en la planificación y gestión de servicios para garantizar un derecho de ciudadanía.
- La apuesta por un desarrollo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia que garantice una atención de calidad en servicios a las personas y especialmente en servicios de proximidad.
- La coordinación con el Servicio Regional de Salud para la remisión por parte del mismo del Informe sobre las Condiciones de Salud de la persona solicitante, sin necesidad de que la misma acuda al respectivo Centro de Salud.
- La permanencia de las personas en situación de dependencia, siempre que sea posible, en el entorno en el que desarrollan su vida, como principio básico de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, priorizando los servicios de (Servicio de Centro de Día y Servicio de Ayuda a Domicilio), complementados en la mayor parte de los casos con el Servicio de Teleasistencia.

- La configuración del Servicio de Ayuda a Domicilio como Prestación Básica de los Servicios Sociales Comunitarios cuya titularidad corresponde a las Corporaciones Locales y su compatibilidad con el Servicio de Centro de Día.
- La obligatoriedad del PIA que implica la adaptación de la respuesta a las necesidades particulares de cada caso.
- La apuesta por los servicios en contra de las prestaciones económicas". (Montserrat Cervera et al, 2009, p.28-34).

Por otra, se muestran los aspectos negativos, considerados como problemas o dificultades:

- "La imprevisión: recursos, adaptación de normativas.
- Falta de normativa básica.
- Las grandes expectativas generadas entre la población causa fácilmente decepción:
- Concentración temporal de la demanda (el 51% de las solicitudes hasta la fecha entran en el año 2007).
- Dispersión competencial.
- Dificultades de financiación. Debe definirse el coste y la participación de las administraciones en la financiación de unos servicios sociales que hasta la entrada en vigor en la Ley eran sufragados íntegramente por las Comunidades Autónomas.
- Déficit Financiero Estatal en cuanto al mínimo garantizado y al nivel acordado, así como reducción presupuestaria a nivel autonómico.
- Duplicidad de sistemas, duplicidad de financiación. La Comunidad Autónoma debe financiar en solitario su propio sistema de la dependencia, basado en dos planes sectoriales para mayores dependientes y personas con discapacidad, dotado de infraestructuras que deben finalizarse y su mantenimiento. A esto hay que sumar la financiación que la Comunidad aporta a la ley de dependencia. En este periodo de transición que aún durará un tiempo, ya que no se puede desalojar de los servicios a las personas que el Sistema ya atendía, la



dotación presupuestaria destinada a los dos sistemas se hace insostenible.

- Dificultades para la coordinación de sistemas: La coordinación sociosanitaria implica coordinar no solo a las Consejerías afectadas sino a todas las entidades con competencia transferida en la materia, lo cual supone mayor esfuerzo de cooperación.
- Garantizar continuidad a la financiación de los recursos que ocupan beneficiarios actuales de servicios sociales especializados, que hoy en día se encuentran excluidos del sistema, y cuya gestión la llevan a cabo otras entidades.
- Necesidad de articulación de procedimientos más ágiles para atender a la ciudadanía.
- Necesidad de regulación legal, de cara a dar respuesta a los expedientes de personas de ámbito comunitario.
- Dotación técnica y humana que facilite la eficacia del trabajo de gestión.
- Falta de personal para la gestión.
- Insuficiencia de recursos de atención residencial.
- Insuficiente financiación.
- Insuficiente desarrollo de los servicios de promoción de la autonomía".  
(Montserrat Cervera et al, 2009, p.28-34).

Por todos los hechos anteriormente nombrados, y percibiendo que la sociedad actual encuentra en el fenómeno de la dependencia uno de los mayores obstáculos para el disfrute de un buen nivel de calidad de vida, sobre todo en personas de edad avanzada, por otro lado también resulta un serio problema para el entorno personal en donde se desenvuelven. Ante ello, se percibe una necesidad social latente extensible a todo el territorio español. Debido a la amplitud de la problemática se considera necesario acotar el campo de acción focalizándolo en el Barrio de las Delicias de Zaragoza, y a su vez, teniendo como referente la experiencia adquirida en el practicum de intervención (Centro Municipal de Servicios Sociales Delicias), se ha observado que la

mayoría de las personas valoradas como dependientes que precisan ayuda para la realización de las actividades básicas de la vida diaria, no reciben la atención que necesitan o bien no disponen de un servicio especializado y adaptado a las necesidades que requieren.

El estudio de la realidad social de las personas valoradas como dependientes que residen en el barrio de las Delicias, así como la de sus familiares, han generado que el trabajo final de grado sea un proyecto de intervención comunitario cuyas bases radican en la LAPAD. Así el objetivo principal será impulsar algunos servicios que previamente han sido reconocidos legalmente, aunque en la mayoría de los casos no han llegado a desarrollarse, como por ejemplo aquellos destinados a la prevención y a la promoción de la autonomía personal (fisioterapia, rehabilitación, psicomotricidad, terapia ocupacional...) De este modo se pretende contribuir en la mejora de la calidad de vida de las personas dependientes y, por ende, de la propia comunidad.

Debido a la ausencia de actuaciones por parte de las Administraciones Públicas en el desarrollo de los servicios preventivos y de promoción que hacen referencia al Sistema para la Autonomía Personal, se ha decidido que una forma efectiva de proteger y empoderar a la población diana (personas dependientes), se lograría mediante unos mecanismos de acción concretos, nombrados a continuación.

Para ello, después de la definición de la problemática social en la propia comunidad (el diagnóstico se realiza mediante la participación de todos los agentes implicados, se trata entonces, de un diagnóstico participativo), el siguiente paso a tener en cuenta es el proceso de planificación, el cual supone un instrumento de transformación de la realidad. Este proceso permitirá, en primer lugar, "tener claro el camino a seguir para alcanzar los objetivos propuestos, potenciar las fortalezas con las que cuenta el territorio, aunar esfuerzos con otros actores, administrar de manera eficaz y eficiente los

recursos existentes, puesto que son escasos, actuar sobre los problemas y evitar la improvisación”<sup>2</sup>.

El proceso de planificación no estaría completo sin la participación, ya que “es la clave y al mismo tiempo la finalidad del proceso comunitario. La acción de participar es directamente política, y por lo tanto, tiene efecto directo en la vida de una sociedad” (Marco Marchioni, 2004, pp.284 – 285).

El objetivo del proyecto comunitario de intervención es desarrollar e impulsar desde el asociacionismo (Asociación de Vecinos “Manuel Viola”) junto con la sociedad civil organizada (ciudadanía participativa), la cual “es pluralista y consciente de su papel y de su aportación al proceso de construcción de una sociedad más democrática, más libre y más igualitaria”. (Marco Marchioni, 2004, pp.74-75) los servicios para la autonomía personal, que se desarrollarán a través de la actuación de los siguientes agentes sociales: sociedad civil del Barrio de las Delicias en la ciudad Zaragoza; familias afectadas por personas valoradas con grado y nivel de dependencia; y la ciudadanía activa que quiera unirse bajo los principios de solidaridad e interés común, fomentando de esta manera el reconocimiento y el ejercicio de los derechos sociales.

Todo ello, impulsando una reformulación del Sistema para la Autonomía Personal a través de la creación de nuevos servicios que ayuden al bienestar de este colectivo, fomentando la prevención de la salud y la promoción de la autonomía personal (rehabilitación, fisioterapia, psicomotricidad...), así como también utilizando aquellos que ya existen en la comunidad.

A continuación se va a mostrar la estructura del proyecto, que se articula en tres capítulos.

El primero de ellos, muestra una introducción temática que se fundamenta principalmente en los recursos y soportes normativos anteriores a la LAPAD. En la segunda parte, aparece el objeto del trabajo, el cual, relaciona las

---

<sup>2</sup> [http://www.fudeco.gob.ve/pdf-consejos/formulacion\\_de\\_proyectos\\_comunitarios25-03-09.pdf](http://www.fudeco.gob.ve/pdf-consejos/formulacion_de_proyectos_comunitarios25-03-09.pdf) Consultado a fecha 20/07/12.

necesidades sociales detectadas con la propuesta del proyecto de intervención comunitario.

El segundo se basa en el capítulo de fundamentación, donde se focaliza y contextualiza el propio proyecto de intervención, el marco conceptual donde se definen los términos más utilizados que subyacen de la LAPAD y que van a ser recurrentes a lo largo del mismo. Como cierre de este capítulo aparecerá la metodología empleada para el diseño del proyecto, haciendo especial hincapié en la Investigación Acción Participante (IAP).

El tercero y último apartado se denomina capítulo de desarrollo, y versará sobre todos los conceptos y contenidos que recoge el propio proyecto.

El primer capítulo se fundamenta principalmente en los recursos y soportes normativos anteriores a la creación de la LAPAD, ya que esto permite tener una visión de conjunto del funcionamiento de las Administraciones Públicas encargadas de fomentar y proteger los derechos fundamentales, que así recoge la Constitución en sus artículos 15 al 29. Y con ello apreciar las mejoras que ha propiciado la LAPAD, ya que tras su aprobación es garante del derecho subjetivo de la ciudadanía española.

A su vez, Demetrio Casado (2009) expone de manera bien diferenciada los soportes normativos y recursos anteriores a la LAPAD fundamentados en torno a cinco ítems:

1. La atención a personas dependientes prestada por familiares, cuidadores y ayudantes personales, cuyo principal rasgo es que, a pesar de los avances conseguidos en materia de igualdad de género, es la mujer la principal cuidadora dentro del núcleo familiar. También se hará hincapié en la importancia de mantener a las personas dependientes en su entorno habitual, puesto que económicamente resulta menos costoso y, a su vez, evita efectos secundarios derivados de la atención asilar u hospitalaria.
2. La acción sanitaria, cuyo ejercicio supone el eje de prevención de la dependencia funcional. Se articula en tres niveles: primaria, secundaria y

terciaria. Uno de los avances de la acción sanitaria más relevantes es que además de los tratamientos curativos se abordan las necesidades específicas de la dependencia funcional mediante la asistencia médica domiciliaria y la hospitalización de enfermos crónicos.

3. La política de ayuda a la movilidad es de vital importancia, ya que reduce las limitaciones para la movilidad y la comunicación de las personas dependientes.
4. Referencia a la Seguridad Social, se hace imprescindible realizar un compendio de los elementos que conforman este sistema puesto que como bien afirma Demetrio Casado (2009, p. 36) “es el instrumento de previsión social de mayor alcance poblacional, que junto con el acceso a la asistencia sanitaria actúa como gran complejo protector mediante prestaciones monetarias”
5. Beneficios fiscales, es interesante, tal como afirma Demetrio Casado, conocer que disponen de numerosas y diversas medidas fiscales (impuestos sobre las rentas de las personas físicas, valor añadido de la Administración Local...) las personas con discapacidad, especialmente las que están gravemente afectadas (dependientes funcionales).

El recorrido realizado anteriormente por el marco legislativo, basado principalmente en soportes y recursos anteriores a la LAPAD, saca a la luz la escasa coordinación entre dos de los pilares fundamentales del Sistema de Bienestar como son el Sistema Sanitario y el Sistema de Servicios Sociales.

Por un lado, se aprecia la insuficiencia de recursos, aglutinándose en su mayoría en las zonas más pobladas, dejando desprovistas de dichos recursos a las personas que residen en zonas rurales. (Este hecho en concreto supone una potencialidad para el presente proyecto de intervención comunitaria, ya que se van a utilizar los recursos disponibles en la comunidad, creándose a su vez, los específicos que se requieran).

A nivel estructural algunos de los hechos más indicativos que han llevado a impulsar el proyecto comunitario en el Barrio de las Delicias, son entre otros: el alto número de población envejecida y el estancamiento de la natalidad, así

como unas infraestructuras obsoletas y degradadas que aumentan las barreras físicas y funcionales entre las zonas viejas y más recientes del barrio. (Secretaría de Estado de Vivienda y Actuaciones Urbanas, Zaragoza, 2006).

Un hecho añadido y decisivo para la creación del presente proyecto, ha sido considerar la tendencia al alza del incremento de esta problemática (se prevé un aumento progresivo de población dependiente en Aragón según las estimaciones del Instituto Aragonés de Estadística), dadas estas previsiones, el proyecto se orienta hacia la atenuación de dicho fenómeno en pro de mejorar la autonomía personal de este colectivo y, por ende, su calidad de vida.

En la tabla que se muestra a continuación, se exponen las estimaciones del crecimiento de la población dependiente en Aragón entre los años 2010 – 2015. (Se estima que en ese periodo habrá un aumento de 2731 personas valoradas como dependientes).

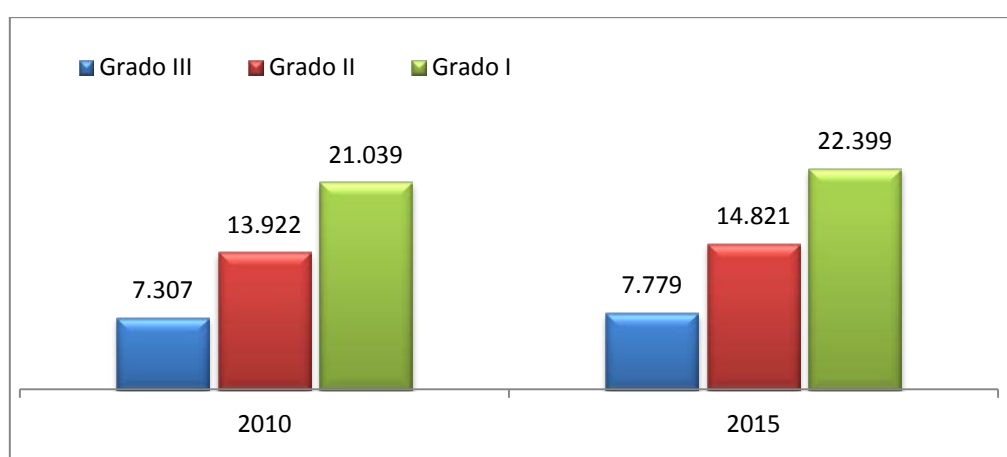


Ilustración 2 - Distribución de la población estimada en situación de dependencia 2010-2015 por grados; Fuente: IAE

Por otro, teniendo como referencia la máxima que promulga la LAPAD como es “la incorporación de un derecho de ciudadanía al Sistema Público de Servicios Sociales”, se tendrá en cuenta para alcanzarlo la iniciativa de la ciudadanía civil, que se va a organizar en torno al logro de unos objetivos (principalmente, la prestación de servicios), que en un principio resultaban exigibles y que la realidad ha demostrado que se suplen a través de prestaciones económicas, cuyos contenidos garanticen la calidad de vida de las personas valoradas como dependientes y la de sus familiares.

Por ello el proyecto comunitario apuesta por la prestación de servicios en y con la comunidad, creando valor añadido en cuanto a su implicación y participación, con el objetivo de llegar a transformar la realidad social latente en un contexto predominantemente envejecido, en pro de un barrio en donde las personas dependientes tengan cabida y unos espacios propios para desenvolverse con autonomía.

### **1.1. EL MODELO ESPAÑOL: MARCO LEGISLATIVO (SOPORTES NORMATIVOS) Y RECURSOS PÚBLICOS ANTERIORES A LA LAPAD**

El propósito de este apartado es realizar un breve recorrido por la normativa española existente en el Sistema de protección de la Seguridad Social para, de este modo, poder percibir aquellos logros y dificultades anteriores a la puesta en vigor de la LAPAD, cuyo hecho permitirá esclarecer que no todos los ciudadanos disponen de una óptima cobertura en dicha materia, lo que muchas veces imposibilita o restringe el acceso a unas condiciones de vida digna.

Según las estimaciones recogidas en el Libro Blanco del IMSERSO (2004), “el 90% de las personas afectadas por dependencia funcional residen en domicilios particulares. Los familiares, sobre todo las mujeres, siguen siendo los principales proveedores de los cuidados. Por otro lado, los empleados domésticos, muchos de ellos inmigrantes, representan un 6% aproximadamente del total de los cuidadores y los cuidados provistos por los Servicios Sociales (públicos y privados) no llegan al 2,5%.

Por ello las figuras que ofrecen los cuidados en nuestro país cubren un abanico que oscila entre el provisor de servicios requeridos por la vivienda hasta la figura del ayudante personal.

La experiencia asistencial muestra, desde hace siglos, que la prestación de cuidados en familia es menos costosa y tiene menos efectos secundarios (morbilidad y mortalidad) que la asilar u hospitalaria.

Las mejoras introducidas en el régimen residencial no han reducido el problema de los costes ni han resuelto, aunque si aliviado, el de los efectos secundarios. Por ello, los expertos siguen recomendando la permanencia de las personas afectas de dependencia funcional en su entorno habitual, incluyendo su domicilio. Por supuesto, esta opción entraña cargas y costes de oportunidad importantes para los cuidadores familiares; supone inseguridad por el riesgo de enfermedades u otras incidencias; y lleva consigo también gastos cuando se recurre a la contratación de auxiliares domésticos".

Las recomendaciones que hacen algunos expertos a través de sus estudios (Diego Latorre, 2005) es que las personas afectadas por dependencia permanezcan en su entorno habitual, incluyendo su domicilio, aunque esta opción entrañe cargas y costes de oportunidad importantes para los cuidadores familiares, también supone inseguridad por el riesgo de enfermedades y lleva consigo gastos extraordinarios (contratación de auxiliares domésticos).

- I. La atención a personas dependientes prestada por familiares, cuidadores y ayudantes personales.

A pesar de la existencia de normativa que tiende a buscar el equilibrio entre la ética del cuidado familiar<sup>3</sup> y el ámbito laboral, lo cierto es que en España siguen primando los cuidados a personas dependientes otorgados por los propios familiares.

---

<sup>3</sup> Ana Fascioli, 2010, "Ética del cuidado y ética de la justicia en la teoría moral de Carol Gilligan", p.43. El desarrollo de la ética del cuidado en las mujeres, se debe a su tradicional rol en la esfera privada, de involucramiento con la familia y preservación de la vida. Reconoce que este rol es una construcción cultural. La ética del cuidado es una orientación disponible para todo ser humano, pero ha estado más disponible para la mujer, por su rol de cuidadora.



Aun así, la Ley 39/1999, de 5 de noviembre, establece ciertas medidas de conciliación de la vida laboral y familiar. Algunas de las facilidades que ofrece esta norma son: "la reducción de la jornada laboral por motivos familiares y la excedencia por cuidado de familiares", que son incorporados al Estatuto de los Trabajadores (arts.37.5 y 46.3).

Por otro lado la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal, ratifica la inclusión de la excedencia por cuidado de familiares en el Estatuto de los Trabajadores (disposición adicional primera). A pesar de estas facilidades se encuentran deficiencias: las reducciones de jornada pueden no ser aprovechadas por aquéllas familias que cuentan con menos recursos económicos, el límite de las excedencias que son por un año, puede no corresponderse con el carácter permanente de muchas de las personas con situación de dependencia, finalmente señalar que tampoco existen normas nacionales reguladoras de las funciones de capacitación y apoyo a los cuidadores familiares. (Demetrio Casado, 2009).

II. La acción sanitaria: asume un papel central en la prevención de la dependencia funcional. Según Demetrio Casado (2009, II Foro Tercer Sector) existen tres niveles:

- a. Prevención primaria, se caracteriza porque su actuación se produce antes de que operen las causas.
- b. Prevención secundaria, en la que se detectan tempranamente las enfermedades potenciales causantes de la dependencia funcional y actuando sobre ellas.
- c. Prevención terciaria, que se lleva a cabo mediante intervenciones curativas y rehabilitadoras una vez ocurridos los traumatismos y las enfermedades de las que puede derivar la dependencia funcional.

Además de los tratamientos curativos se abordaron también las necesidades específicas de la dependencia funcional mediante la asistencia médica domiciliaria y la hospitalización de enfermos crónicos. La política sanitaria

reciente ha incidido sobre la hospitalización de crónicos minimizándola debido a dos razones bien diferenciadas, por un lado debido a la prevención de secuelas conocidas como hospitalismo, y por otro, la reducción de la hospitalización de crónicos inspirada en el criterio de reducción de costes.

La participación de las entidades voluntarias en actividades sanitarias cuenta en nuestro país con una larga tradición, que se inicia fundamentalmente en pro de la protección de la población más desamparada y pobre. En la actualidad, dicha presencia, a pesar del enorme avance en intervención pública en la acción sanitaria, sigue siendo necesaria.

Demetrio Casado (2009) afirma que “las medidas preventivas reseñadas no se destinan (ni cabría hacerlo) específicamente a la dependencia, sino a muy diferentes riesgos de seguridad y salud, de los cuales, solo una parte podría dar lugar a enfermedades y deficiencias generadoras de dependencia funcional”.

### III. La política de ayuda a la movilidad.

La importancia de este hecho viene dada, no solo porque favorece la calidad de vida de las personas afectas de discapacidad, sino por el hecho de que reduce las limitaciones para la movilidad y la comunicación. En los casos de dependencia, reduce la necesidad de obtener ayudas personales. (Demetrio Casado, 2009).

El Real Decreto 620/1981, de 5 de febrero, sobre régimen unificado de ayudas públicas a disminuidos, se instituyen, entre otras, las aplicables a movilidad y transporte, incluyendo la adaptación de la propia vivienda. (arts.13 a 16).

En el plano público, en el régimen de competencias, están interviniendo actualmente en materia de accesibilidad, y por orden de protagonismo, las Comunidades Autónomas, los Municipios y el Estado Central.

En cuanto al Estado Central, la acción que viene realizando es a través del IMSERSO, especialmente mediante su Centro Estatal de Accesibilidad y Ayudas

Técnicas, y a través del Real Patronato sobre Discapacidad, mediante un programa de reciclaje de profesionales.

Por otra parte, se ha iniciado la reglamentación de las disposiciones sobre accesibilidad establecidas mediante la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal (art.10).

En el I Plan Nacional de Accesibilidad (2004-2012) habla de que “la mera accesibilidad pasiva escasea en las viviendas españolas. Y dice también que, una gran parte de la población de edad avanzada se aloja en viviendas modestas y antiguas, con muchas barreras y con dificultades para salvarlas” (mediante la instalación de un ascensor, por ejemplo). La accesibilidad activa, es, igualmente escasa, a la vista están las numerosas y potentes barreras en el medio urbano y en los transportes.

#### IV. Referencia a la Seguridad Social.

Según Demetrio Casado (2009) “el instrumento de previsión social para contingencias equivalentes a la que ahora se ha dado en denominar dependencia de mayor alcance poblacional es el provisto por el Sistema de la Seguridad Social. Aparte del acceso a la asistencia sanitaria, éste gran complejo protector actúa principalmente mediante prestaciones monetarias.”

La Ley General de Seguridad Social, cuyo texto articulado se aprobó en su primera versión por Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, cuya reformulación posterior es la Ley 27/2011, de 1 de Agosto ,sobre actualización, adecuación y modernización del Sistema de Seguridad Social, define la contingencia de “gran invalidez” de los trabajadores en los siguientes términos: “Se entenderá por gran invalidez la situación del trabajador afecto de incapacidad permanente y que, por consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesite la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos”(art.137.6). La prestación establecida para el caso está regulada de la siguiente manera (art.139.4):

1. Este complemento está destinado "a que el inválido puede remunerar a la persona que le atienda".
2. "A petición del gran invalido o de sus representantes legales podrá autorizarse siempre que se considere conveniente en beneficio del mismo, la sustitución del incremento... por su alojamiento y cuidado, a cargo de la Seguridad Social y en régimen de internado, en una institución asistencial adecuada."

Mediante la asunción y la ampliación de figuras protectoras anteriores, la Ley 26/1990, de 20 de Diciembre, por la que se establecen en la Seguridad Social prestaciones no contributivas dio un paso enorme en el sentido de la universalización protectora de aquella. Lo que más importa en esta exposición es que la citada norma regula la protección por invalidez a las personas mayores de 18 años y menores de 65, sin derecho a la protección contributiva, "afectadas por una minusvalía o por una enfermedad crónica, en un grado igual o superior al 65%"; Así mismo regula una complementación del 50% para quienes "necesiten el concurso de otra persona para los actos más esenciales de la vida" (art.2).

Por otra parte, la Ley 26/1990 establece una asignación económica específica, tanto en la sección contributiva como en la no contributiva de la Seguridad Social, para el caso de hijo a cargo mayor de 18 años "que necesite el concurso de otra persona para realizar los actos más esenciales de la vida" (art.3)

Estas figuras protectoras han sido incorporadas a la citada Ley General de la Seguridad Social (arts. 144,145 y 181 a 182 bis). El texto articulado que se aprobó en su primera versión por Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, ha sido objeto de cambios que afectan a las prestaciones familiares.

En la tabla que aparece a continuación se presentan las prestaciones económicas de la Seguridad Social para situaciones similares a la Dependencia.

	<b>CALIFICACS. ADMINS. HABILITANTES</b>	<b>PRESTACS. ESPECÍFICAS</b>	<b>FINANCIACIÓN</b>	<b>RÉGIMENES DE DISPENSACIÓN</b>
<b>1. Dependencia en hijos menores</b>		No. Sí tienen prestaciones por discapacidad, pero inespecíficas y bajas		
<b>2. Dependencia en hijos mayores de 18 años, sean sus padres beneficiarios o no de la Seguridad Social contributiva</b>	Minusvalía dependencia	/ Asignación económica unificada y fija (superior en un 50% de la establecida para el grado igual o superior al 65% de minusvalía sin necesidad de ayuda de tercera persona)	Fiscal	Calificación
<b>3. Dependencia ocurrida antes de la edad de jubilación en adultos incluidos en el Régimen General de la SS</b>	Gran invalidez (Al cumplir 65 años, se conserva la pensión incrementada, pero la contingencia pasa a ser jubilación)	50% de la pensión variable de incapacidad o servicios	Contributiva	Requisitos de cotización y mediante calificación
<b>4. Ídem después de la edad de jubilación</b>		No		

<b>5. Dependencia ocurrida en adultos de entre 18 y 65 años sin derecho a pensión contributiva</b>	Equivalente a gran invalidez (las mismas indicaciones que para 3)	50% de la pensión unificada de invalidez	Fiscal	Requisito de ingresos
<b>6. Ídem antes de los 18 o después de los 65</b>		No		

Tabla 3 - Prestaciones monetarias de la seguridad social. Fuente: Demetrio Casado, II Foro del Tercer Sector, p.33. (2009)

## V. Beneficios fiscales.

Tal como afirma Demetrio Casado (2009, p. 36) "son muy numerosas y diversas las medidas fiscales a favor de las personas con discapacidad, con especial atención a las más gravemente afectadas, como es el caso de las que padecen dependencia funcional.

Estas medidas se incluyen en la normativa de los impuestos sobre las rentas de las personas físicas (IRPF), sobre sociedades, transmisiones patrimoniales, valor añadido de la Administración Local, adquisición de vehículos en función de problemas de movilidad...

La Ley Reguladora del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, fue aprobada, por Real Decreto Legislativo 3/2004, de 5 de Marzo, el mismo integra la normativa establecida por la Ley 40/1998, de 9 de Diciembre, y las reformas de que fue objeto, especialmente mediante la Ley 42/2002, de 18 de Diciembre. Las medidas de dicha norma relativas a la discapacidad y que alcanzan a la dependencia funcional consisten en exenciones de fiscalidad, incremento de mínimo exento, reducción de la base imponible y deducción en la cuota íntegra por adquisición, rehabilitación, obras e instalaciones de adecuación de la vivienda de la vivienda habitual de la persona con discapacidad, sea ésta el contribuyente o un familiar conviviente, y para los supuestos de propiedad, arrendamiento, subarrendamiento y usufructo".

Continuando en la misma línea, el autor afirma que "los beneficios fiscales de carácter directo entrañan la dificultad de alcanzar la universalidad y la progresividad, tan importantes en las políticas sociales. Es conocido que la red fiscal no alcanza (al menos de modo relevante) a los individuos más pobres, en cuanto que sus ingresos, operaciones de ahorro, consumos e inversiones son de muy poca monta y frecuentemente marginales.

Entre las medidas fiscales que afectan de modo indirecto a las situaciones de dependencia funcional, destacan las concernientes a las entidades no lucrativas y las medidas fiscales incentivadoras del mecenazgo. De la normativa general vigente, procede citar primero la Ley Orgánica 1/2002, de 22 de marzo,

reguladora del Derecho de Asociación, la cual incluye medidas de fomento. Entre tales medidas se incluyen las exenciones y beneficios fiscales, a las que pueden optar las Asociaciones que obtengan la declaración de utilidad pública (art.33); calificación ésta asequible para una buena parte de las Asociaciones que se ocupan de la Discapacidad y dentro de ella, de la Dependencia Funcional (art.32)".

"La norma general que más interesa aquí es la Ley 49/2002, de 23 de Diciembre, de régimen fiscal de las entidades sin fines lucrativos y de los incentivos fiscales al mecenazgo<sup>4</sup>. Esta Ley establece exenciones del Impuesto de Sociedades (art.5 a 14) y de los tributos locales (art.15), a las que pueden optar, aparte de otras, las Fundaciones y las Asociaciones de utilidad pública". (Demetrio Casado, 2009).

En la tabla que se presenta a continuación, se hace referencia a la legislación que se ha tratado con anterioridad, con el objeto de sintetizar la comprensión de la misma. Asimismo, se presentarán las leyes de forma cronológica:

---

<sup>4</sup> La Ley 49/2002 de régimen fiscal de las entidades sin fines lucrativos y de los incentivos fiscales al mecenazgo, tiene el objetivo de fomentar las iniciativas de mecenazgo y promover la participación de la sociedad civil en la defensa del patrimonio artístico de dos formas: Incrementado los incentivos fiscales al mecenazgo y mejorando la fiscalidad de las entidades sin fines lucrativos.



Real Decreto 620-1981, de 5 de febrero, que crea el Régimen unificado de ayudas públicas a disminuidos
Ley 26/1990, de 20 de Diciembre, por la que se establecen en la Seguridad Social prestaciones no contributivas
Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social.
Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.
Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras.
Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal
Ley 52/2003, de 10 de diciembre, de disposiciones específicas en materia de Seguridad Social.
Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
Ley 27/2011, de 1 de Agosto ,sobre actualización, adecuación y modernización del Sistema de Seguridad Social

Tabla 4 - Legislación cronológica

Conclusiones extraídas de las referencias legislativas:

Tras la exposición de las referencias normativas y de los recursos anteriores a la LAPAD y a pesar de su implantación, queda visible la ausencia de mecanismos efectivos y eficaces subyacentes a la misma, destinados a garantizar y cubrir un nivel mínimo de protección en cuanto a los perfiles de personas en situación de dependencia se refiere.

Si bien es cierto que se han alcanzado logros en esta materia, todavía son insuficientes para las características demográficas que presenta la población española, principalmente, por tener un alto índice de población envejecida.

En resumen, la protección que procuran las instituciones reseñadas presentan las siguientes contradicciones:

- Los menores de 18 años afectados de dependencia funcional no son objeto de ayudas familiares específicas.
- La Ley 52/2003 ha operado la unificación del régimen de ayudas monetarias por hijos afectos de dependencia.

- Entre los adultos protegidos por la Seguridad Social contributiva se da una obvia discriminación en función de la edad (antes o después de los 65 años) a la que sobreviene la dependencia funcional.
- Procede decir lo mismo para la población no protegida por la Seguridad Social contributiva.
- Los beneficios de la Seguridad Social contributiva son protegidos proporcionalmente a su pensión, en tanto que los de la no contributiva reciben asignaciones fijas. La protección contributiva es universal (en su ámbito), en tanto que la de la no contributiva es selectiva (por nivel de ingresos).

Debido a estas causas, cuyas consecuencias inmediatas tienen su incidencia en la esfera social, y debido a que se trata de una problemática pretérita, que el Sistema de Bienestar ha intentado “reinventar”, sin llegar a alcanzar los resultados esperados, se decide trabajar en la línea de la intervención comunitaria, a nivel micro, para intentar salvaguardar el derecho subjetivo que emana de la LAPAD, y con ello, intentar mostrar cómo las comunidades que tienen problemáticas similares, a través de su propia organización, pueden luchar en pro de un reclamo de derechos que le son inherentes.

Todos los hechos anteriormente explicados, tanto a nivel legislativo (recursos, servicios y prestaciones) como social, son la base que justifica el diseño del proyecto. Por otro lado, tal como se citaba anteriormente, se hace especial hincapié en las recomendaciones que hacen algunos expertos a través de sus estudios (Diego Latorre, 2005) es que las personas dependientes permanezcan en su entorno habitual, incluyendo su domicilio, aunque esta opción suponga cargas y costes de oportunidad importantes para los cuidadores familiares, también implica inseguridad por el riesgo de enfermedades y lleva consigo gastos extraordinarios (contratación de auxiliares domésticos). Ante esta situación, el diseño del proyecto se centra en el mantenimiento de la

autonomía personal en el propio hogar de residencia de las personas valoradas como dependientes.

## **1.2. OBJETO DEL TRABAJO**

El objeto de este trabajo es precisamente el diseño del proyecto de intervención comunitaria, para la autonomía personal de las personas en situación de dependencia, cuyo desarrollo será en el Barrio de las Delicias de Zaragoza. La utilidad de impulsar el proyecto se relaciona directamente con las necesidades sociales (envejecimiento de la población, así como falta de apoyo a los cuidadores, escasez de recursos y servicios orientados a personas en situación de dependencia...), percibidas de antemano en dicho campo de acción, cuyo foco de demanda ha tenido su génesis en la Asociación de Vecinos "Manuel Viola" a instancia de las peticiones de las personas y familiares afectados por situaciones de dependencia en el barrio.

Es por ello que se lanza una propuesta de intervención, a través de la realización de un proyecto comunitario, entendido éste como el proceso en el que la movilización colectiva a través de unos actores sociales (sociedad civil del barrio Delicias, familias afectadas por personas valoradas con grado y nivel de dependencia, ciudadanía activa implicada con la causa) que toman conciencia de la existencia de una problemática social (ausencia de actuaciones por parte de las Administraciones Públicas en el desarrollo de los servicios preventivos y de promoción que hacen referencia al Sistema para la Autonomía Personal).

Para ello toman conciencia de la existencia de unos intereses comunes y se organizan en torno a una plataforma de trabajo, mediante el diseño y la ejecución de un plan de desarrollo inmerso dentro de la localidad.

En dicho proceso, los agentes sociales que van a impulsar el cambio de construcción comunitaria asumen el reto de desarrollar desde el Tercer Sector estrategias de modificación del aparato institucional para sistematizar y reorganizar los servicios para la autonomía personal planteados en la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y

Atención a las personas en situación de dependencia; con el objeto de favorecer y aumentar el bienestar social tanto de las personas en situación de dependencia como de sus familiares, intentando construir nuevas intervenciones más integradas y eficaces.

Para iniciar el proyecto comunitario se cuenta con un grupo promotor, en este caso la Asociación de Vecinos “Manuel Viola” del barrio de Delicias, que a su vez ha de impulsar la creación de un intergrupo que integre a la mayor parte de instituciones posibles así como a otras asociaciones y servicios implicadas en la provisión de bienestar en el barrio.

Para lograr constituir el denominado intergrupo, es necesario que la Asociación de Vecinos (grupo promotor) en coordinación con los Servicios Sociales Comunitarios del barrio, aporten la visión general sobre la problemática latente del territorio, ya que debido a su posición estratégica se encuentran bien situados para conectar con el resto de asociaciones y servicios públicos y privados del bienestar, así como con la población afectada por la situación/problema. En este sentido, los Servicios Sociales actuarán como elemento de organización y movilización de los ciudadanos que presentan la misma problemática social, siendo solamente impulsores de la idea, no gestores.

Los propios socios de la Asociación a través del trabajo asambleario, plantean la problemática social y familiar que están atravesando. La mayoría de los socios se caracterizan por presentar un punto común, son cuidadores de personas dependientes, (predominando el colectivo de aquellas más envejecidas) y no disponen de suficientes apoyos institucionales.

La Asociación se coordina con el Centro Municipal de Servicios Sociales, éstos plantean directrices iniciales poniendo en común e identificando a las personas con el mismo problema que no pertenecen de la Asociación pero que viven en el barrio.

Una vez detectadas las necesidades latentes de la población del barrio de Delicias, y reunida la población diana así como sus familiares, se comienza a

trabajar en conjunto con la ayuda de un Trabajador Social del Centro Municipal y un Trabajador Social del Centro de Salud de Delicias Norte.

Se instauraran unas primeras sesiones asamblearias, dentro de la Asociación de Vecinos “Manuel Viola” que duraran 10 días, en las que a través de la participación de toda la población involucrada, se definirán las líneas estratégicas que darán sustento al proyecto, así como su duración en el tiempo y los lugares en los que se desarrollará.

La duración del Proyecto va a ser de un año, comenzará en septiembre de 2012 y se prevé su finalización en septiembre del año 2013.

## **2. CAPITULOS DE FUNDAMENTACIÓN**

### **2.1. CONTEXTUALIZACIÓN**

Debido a las necesidades sociales latentes en materia de afectos por situaciones de dependencia, se decide impulsar desde la Asociación de Vecinos “Manuel Viola” en colaboración con el Centro Municipal de Servicios Sociales Delicias, un proyecto de intervención comunitaria en el barrio zaragozano de Las Delicias. Para contextualizar dicho proyecto, es necesario conocer la historia del propio barrio.

“Delicias es, en su origen y formación, un barrio construido en torno a las vías de comunicación exterior de la ciudad, cuyo crecimiento y extensión se ha multiplicado en los últimos años. Se ha conformado con diferentes ensanches a lo largo del siglo XX, debidos a los flujos continuos de emigración de población rural en sus inicios y de población extranjera en la actualidad.

Inicialmente el barrio estaba conformado por edificaciones de una planta con corral o patio, algunas de las cuales aún se conservan. Sobre éstas se levantaron edificaciones más altas, densificando el área.

Localización: El barrio de Delicias se ubica al suroeste de la ciudad de Zaragoza. Limita con los distritos de La Almozara, Centro, Oliver-Valdefierro y Universidad. El área está delimitada por la avenida de Navarra al norte, las calles Torres Quevedo y Delicias al este, las calle de la Duquesa de Villahermosa al sur y las calles Mariano Cardedera y Arias al oeste.

Descripción general: Delicias es un barrio heterogéneo, complejo y diverso, fruto de un largo desarrollo en el tiempo. Su espacio central, inicialmente conformado por viviendas unifamiliares, está saturado y sufre los procesos de degradación y obsolescencia propios de los cascos históricos.

El barrio tiene problemas de congestión de tráfico, carencias en el campo de los equipamientos, degradación medioambiental, barreras físicas y funcionales entre las nuevas piezas y las ya existentes.

Existe escasa permeabilidad entre la zona central y otras partes del barrio. La población del barrio está fuertemente envejecida y existe un estancamiento de la natalidad, además del aumento de la salida de la población más joven hacia otras zonas de la ciudad.

El área delimitada cuenta con viviendas obsoletas y envejecidas. Las viviendas tienen problemas de escaso tamaño, accesibilidad, y un gran número de ellas no cuentan con ascensor ni calefacción.

También existen problemas de hacinamiento y de aparcamiento. Predominan las edificaciones de cuatro o cinco plantas, aumentando hasta nueve o doce en las grandes avenidas y cruces.

Se detecta escasez y mal estado de las zonas verdes y arbolado. Las calles son estrechas y tienen deficiencias en su mantenimiento. Existen ciertos conflictos entre vehículos y peatones en el uso del espacio público, con tráfico denso y elevado nivel de ruidos en las vías principales. El aparcamiento en doble fila también supone un problema para el barrio.

Las actividades económicas de la zona son poco atractivas, con predominio de pequeños talleres ubicados en locales y en naves en el interior de los patios de manzana.

Los equipamientos están situados en las zonas más periféricas del barrio. Además, la atención a personas mayores presenta ciertas carencias, con escasez de equipamientos dirigidos a la población de estos grupos de edad. Esta circunstancia coincide con los edificios con mayores problemas de accesibilidad, carencia de ascensor y necesidades de remodelación, concentrados en la zona central del barrio, igual que la población más envejecida”<sup>5</sup>.

## **2.2. MARCO CONCEPTUAL**

Debido a que la temática más recurrente en el proyecto es la Dependencia, se considera imprescindible hacer una aclaración de los conceptos que la integran y la constituyen.

El primer término a definir es el de autonomía, que aparece en el Glosario de Gerontología y Geriatria (IMSERSO, 2007), que “expresa la idea de que las personas deben dirigir sus propias acciones y estar libres de coerción o influencia de otros sobre sus acciones y decisiones”. También se puede destacar la definición expuesta en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, concretamente en el artículo 2, donde la autonomía se define como “la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria”. Este término definido de dos maneras, indica la importancia de la capacidad de decidir y actuar libremente, por lo que ambas acepciones serían válidas para el objeto del proyecto.

Otro concepto destacable es el de dependencia, definido en el artículo 2 de la Ley 39/2006 como “el estado de carácter permanente en que se encuentran

---

<sup>5</sup> Secretaría de Estado de Vivienda y Actuaciones Urbanas, Zaragoza, 2006.

las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad". Este concepto hace referencia al anterior, ya que la dependencia supone una pérdida de autonomía bien física, mental, intelectual o sensorial.

También es necesario destacar las actividades que se llevan a cabo durante la vida, que pueden ser básicas o instrumentales. Lo cierto es que la Ley 39/2006 en su artículo 2, las nombra pero no especifica cuáles son, por lo que se ha optado por dar validez a las definiciones propuestas por el IMSERSO en el Glosario de Gerontología y Geriátrica (2007), que define las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) "como actividades imprescindibles para poder subsistir de forma independiente. Entre ellas se incluyen las actividades de autocuidado (asearse, vestirse y desnudarse, poder ir solo al servicio, poder quedarse solo durante la noche, comer) y de funcionamiento básico físico (desplazarse dentro del hogar) y mental (reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar instrucciones y/o tareas sencillas)". Por otro lado, las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria son "aquellas actividades más complejas que las ABVD, y su realización requiere de un mayor nivel de autonomía personal. Se asocian a tareas que implican la capacidad de tomar decisiones e implican interacciones más difíciles con el medio. En esta categoría se incluyen tareas domésticas, de movilidad, de administración del hogar y de la propiedad, como poder utilizar el teléfono, acordarse de tomar la medicación, cortarse las uñas de los pies, subir una serie de escalones, coger un autobús, un metro o un taxi, preparar la propia comida, comprar lo que se necesita para vivir, realizar actividades domésticas básicas (fregar los platos, hacer la cama, etc.), poder pasear, ir al médico, hacer papeleos y administrar el propio dinero, entre otras".

Otras definiciones interesantes para el objeto del trabajo, han sido extraídas de la Ley 39/2006, en el artículo 2 de la misma, y son las siguientes:



- “Necesidades de apoyo para la autonomía personal: las que requieren las personas que tienen discapacidad intelectual o mental para hacer efectivo un grado satisfactorio de autonomía personal en el seno de la comunidad.
- Cuidados no profesionales: la atención prestada a personas en situación de dependencia en su domicilio, por personas de la familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada.
- Cuidados profesionales: los prestados por una institución pública o entidad, con y sin ánimo de lucro, o profesional autónomo entre cuyas finalidades se encuentre la prestación de servicios a personas en situación de dependencia, ya sean en su hogar o en un centro.
- Asistencia personal: servicio prestado por un asistente personal que realiza o colabora en tareas de la vida cotidiana de una persona en situación de dependencia, de cara a fomentar su vida independiente, promoviendo y potenciando su autonomía personal”.

Finalmente, resulta interesante recordar los grados y niveles existentes en la LAPAD:

Grados	Definición	Niveles y puntuación
<b>Grado I</b> <b>Dependencia</b> <b>Moderada</b>	Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.	Nivel I: (25-39 puntos) Nivel II: (40-49 puntos)
<b>Grado II</b> <b>Dependencia</b> <b>Severa</b>	Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo	Nivel I: (50-64 puntos) Nivel II: (65-74 puntos)

	extenso para su autonomía personal.
<b>Grado III</b>	Cuando la persona necesita ayuda Nivel I:
<b>Gran</b>	para realizar varias actividades (75-89 puntos)
<b>Dependencia</b>	básicas de la vida diaria varias Nivel II:
	veces al día y, por su pérdida total (90-100 puntos)
	de autonomía física, mental,
	intelectual o sensorial, necesita el
	apoyo indispensable y continuo de
	otra persona o tiene necesidades
	de apoyo generalizado para su
	autonomía personal.

Tabla 5 – Extraído de la LAPAD. Elaboración propia

### 2.3. METODOLOGÍA

El proyecto de intervención comunitaria se va a apoyar en los fundamentos que contiene el Marco Lógico, tal como lo plantea Ortegón, E et al (2005) en el libro “Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas”, el cual, se describe a continuación.

- “El Marco Lógico es una técnica para la conceptualización, diseño, ejecución y evaluación de programas y proyectos.
- Se sustenta en dos principios básicos: el encadenamiento vertical y horizontal, es decir, la sociedad civil en conjunto con las Administraciones y entes (públicos o privados) que vayan a colaborar en el proyecto; así como la participación de las partes implicadas.
- Una vez se haya identificado el problema de desarrollo, se pretende resolver el mismo mediante un proceso racional (lógico), que concatene los distintos niveles de objetivos (largo y medio plazo), sus respectivas estrategias y tácticas para medir claramente el logro de esos objetivos.

- La complejidad del escenario actual obliga a la toma de decisiones participativas. Es decir, a excepción de situaciones especiales, sólo la participación de todas partes las involucradas permite un abordaje más integral del problema, y por ende, mayores posibilidades de éxito”.

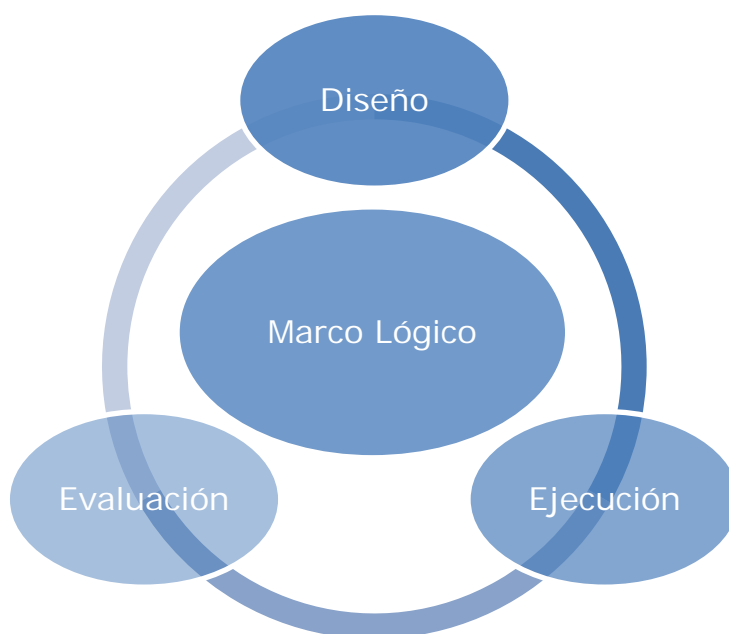
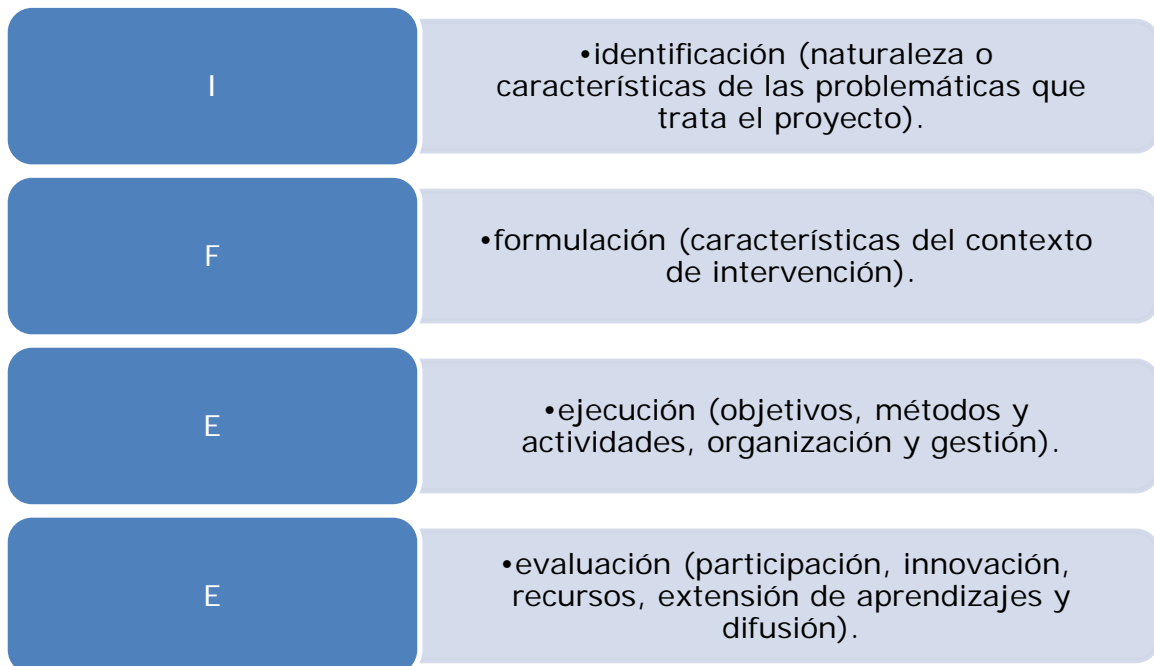
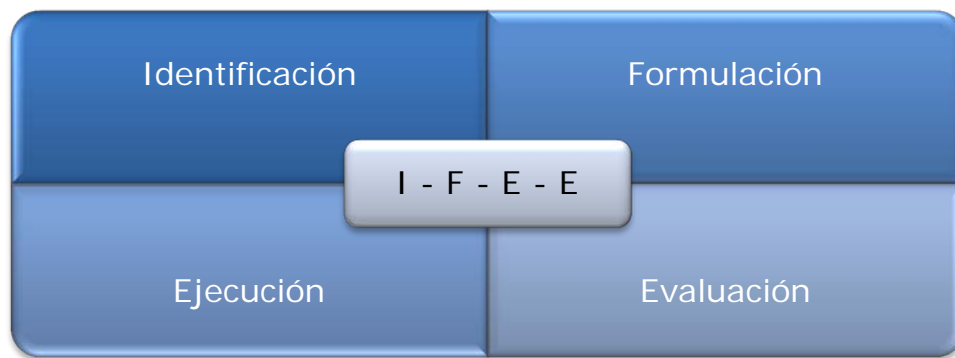


Ilustración 3 – Una herramienta para fortalecer el diseño, la ejecución y la evaluación de proyectos. Fuente: “Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas” (2005). Elaboración propia

La principal característica del Marco Lógico es su apuesta esencial y decidida por la participación en la identificación de la problemática y el diseño de las propuestas de las partes implicadas.

Para llevar a cabo la implementación del proyecto comunitario se ha tenido como referencia su estructura, cuyo desglose en siglas, es el siguiente, y facilita su comprensión: “I – F – E – E”.



Por otro lado, es preciso mostrar las características y los límites que conforman el Marco Lógico:

Características	Límites
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Es un método de planificación por objetivos.</li> <li>•Es un método para tomar decisiones.</li> <li>•Promueve la participación de las personas o grupos concernidos y de todos los actores importantes.</li> <li>•Busca el consenso entre las partes.</li> <li>•Es relativamente sencillo con una terminología reducida.</li> <li>•Es un procedimiento de discusión secuencial.</li> <li>•Es transparente en el análisis y en las decisiones con la visualización de los acuerdos alcanzados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•No debe ser un ejercicio formal. Cada marco lógico debe ser fruto de un análisis cuya calidad depende:</li> <li>•De las informaciones disponibles.</li> <li>•De la capacidad del equipo de planificación.</li> <li>•De la consulta adecuada a los interesados.</li> <li>•De la toma en cuenta de las enseñanzas de la experiencia.</li> </ul>

Tabla 6- Tabla 5 - Extraído de Manual de Formulación de Proyectos Sociales con Marco Lógico, 2003.

### 2.3.1. DIAGNÓSTICO DE LAS NECESIDADES A TRAVÉS DE IAP

Debido a la fuerza que toma dentro del marco lógico el proceso de participación ciudadana, se cree conveniente y adecuado para transformar la situación inicial, utilizar algunas de las características básicas de la Investigación-Acción-Participativa (IAP).

Uno de los referentes que desde los años 80 del siglo pasado ha promovido planes comunitarios y es el principal responsable de procesos de desarrollo local centrados en el bienestar social es Marco Marchioni, el cual utiliza una

metodología para orientar estos procesos, denominada Investigación-Acción-Participativa<sup>6</sup>.

En cuanto a su origen y evolución, la IAP surge en los años 70, en un clima de auge de las luchas populares y ante el fracaso de los métodos clásicos de investigación en el campo de la intervención social. Sin embargo, sus precedentes se hallan en el concepto de “investigación-acción” acuñado por Kurt Lewin en 1944, entendido como un proceso participativo y democrático llevado a cabo con la propia población local, de recogida de información, análisis, conceptualización, planificación, ejecución y evaluación. Se trataba de una propuesta que rompía con el mito de la investigación estática y defendía que el conocimiento se podía llevar a la esfera de la práctica, que se podían lograr de forma simultánea avances teóricos, concienciación y cambios sociales. (Kurt Lewin et al.1992).

Estas formulaciones fueron retomadas a fines de los 60 en Latinoamérica, por diferentes iniciativas y enfoques comprometidos en la lucha contra la pobreza y la desigualdad social. Fue clave para ello el brasileño Paulo Freire y su obra “La pedagogía de los oprimidos”, de 1968, en la que argumenta que los pobres están capacitados para analizar su propia realidad. En consecuencia, se asume que la identificación y consolidación de los conocimientos y capacidades que poseen los pobres pueden utilizarse como herramientas para su propio empoderamiento. Esta perspectiva contribuyó a una reconceptualización del trabajo social con los sectores vulnerables, así como a una expansión de la educación de adultos y la educación popular.

Posteriormente, en 1977, varios enfoques partidarios de combinar la reflexión con la acción transformadora confluyeron en el Simposio Mundial sobre el Investigación-Acción y Análisis Científico celebrado en Cartagena (Colombia). Fue a partir de este encuentro cuando comenzó el desarrollo de la IAP como una metodología de investigación participativa, transformadora y comprometida con la praxis popular. Ahora bien, aunque el carácter

---

<sup>6</sup> A partir de ahora, se abreviará como IAP.

participativo estaba implícito en esas formulaciones, parece que no fue hasta mediados de los 80 cuando al concepto investigación-acción se le añade el de “participación” y se utiliza claramente el término IAP.

En primer lugar, resulta necesario describir una serie de elementos fundamentales de la metodología de la organización comunitaria que sistematizó Marchioni y que “está al servicio de la promoción de procesos de desarrollo social – local que ha de implicar a los actores sociales presentes en un territorio y unidos por un objeto social común, para lograr un proceso de mejora de bienestar social” (F.Cortés; 2004).

Según Dumas y Séguier afirman que “para convertir a los actores directamente implicados en sujetos de su acción es necesario desarrollar una estrategia de intervención que favorezca el desarrollo de los abordos colectivos, que fomente la movilización y la organización de las potencialidades internas de la población” (F.Cortés; 2004).

Desde la perspectiva epistemológica se ha utilizado la metodología inductiva, la cual “crea leyes a partir de la observación de los hechos, mediante la generalización del comportamiento observado; en realidad, lo que realiza es una especie de generalización, sin que por medio de la lógica pueda conseguir una demostración de las citadas leyes o conjunto de conclusiones,”<sup>7</sup> el uso del método inductivo se plasma en este caso a través del proceso de conocimiento y de aplicación de la LAPAD.

Dinamizadora: Los dinamizadores han de adquirir un amplio conocimiento del entorno social, para potenciar la iniciativa y la creatividad de la comunidad, y de este modo establecer vínculos de unión entre lo que saben las personas y lo que han de aprender.

---

<sup>7</sup> <http://www.efn.uncor.edu/departamentos/estruct/Igodooy/Metodologia/Documentos/Pagot.pdf>  
Consultado a fecha: 01/04/2012.

Consiste en utilizar las capacidades y fortalezas del profesional, orientadas hacia la transmisión de información a las personas, y así como dar a conocer todos aquellos recursos, prestaciones, servicios y derechos pertenecientes a cualquier ámbito del Estado de Bienestar.

Investigación – acción participativa. (IAP): “combina dos procesos, el de conocer y el de actuar, implicando en ambos a la población cuya realidad se aborda. Al igual que otros enfoques participativos, la IAP proporciona a las comunidades y a las agencias de desarrollo un método para analizar y comprender mejor la realidad de la población (sus problemas, necesidades, capacidades, recursos), y les permite planificar acciones y medidas para transformarla y mejorarla. Es un proceso que combina la teoría y la praxis, y que posibilita el aprendizaje, la toma de conciencia crítica de la población sobre su realidad, su empoderamiento, el refuerzo y ampliación de sus redes sociales, su movilización colectiva y su acción transformadora.

En cada proyecto de IAP, sus tres componentes se combinan en proporciones variables:

- a) “La investigación consiste en un procedimiento reflexivo, sistemático, controlado y crítico que tiene por finalidad estudiar algún aspecto de la realidad con una expresa finalidad práctica.
- b) La acción no sólo es la finalidad última de la investigación, sino que ella misma representa una fuente de conocimiento, al tiempo que la propia realización del estudio es en sí una forma de intervención.
- c) La participación significa que en el proceso están involucrados no sólo los investigadores profesionales, sino la comunidad destinataria del proyecto, que no son considerados como simples objetos de investigación sino como sujetos activos que contribuyen a conocer y transformar su propia realidad”. (M<sup>a</sup> Cristina Salazar, 1992).

La finalidad de la IAP es cambiar la realidad y afrontar los problemas de una población a partir de sus recursos y participación, lo cual se plasma en los siguientes objetivos concretos:



- a) Generar un conocimiento liberador a partir del propio conocimiento popular, que va explicitándose, creciendo y estructurándose mediante el proceso de investigación llevado por la propia población y que los investigadores simplemente facilitan aportando herramientas metodológicas.
- b) Como consecuencia de ese conocimiento, dar lugar a un proceso de empoderamiento o incremento del poder político (en un sentido amplio) y al inicio o consolidación de una estrategia de acción para el cambio.
- c) Conectar todo este proceso de conocimiento, empoderamiento y acción a nivel local con otros similares en otros lugares, de tal forma que se genere un entramado horizontal y vertical que permita la ampliación del proceso y la transformación de la realidad social”.<sup>8</sup>

Se han utilizado herramientas de auto-organización, a través de asambleas y reuniones, y la movilización y organización de la comunidad.

### **2.3.2. NECESIDADES SOCIALES QUE CONDUCEN AL DISEÑO DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA**

En este apartado se quiere dar cuenta de las principales consecuencias descubiertas tras el estudio de la naturaleza del problema, llevado a cabo tras el diagnóstico comunitario. Esta forma de trabajo es factible y resulta especialmente útil para llegar a la identificación de los problemas comunitarios.

Así, conociendo las causas de la problemática social (falta de servicios públicos y entidades que trabajan en beneficio de la población dependiente), focalizadas en el barrio de las Delicias de Zaragoza, se considera oportuno y necesario llevar a cabo la intervención en un barrio, obrero en sus orígenes, cuyo rasgo predominante en su demografía es que se caracteriza por estar muy envejecida. Entre otras cosas, este hecho hace que los recursos comunitarios de los que dispone la zona, no lleguen a abastecer todas las demandas sociales

---

<sup>8</sup> <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/132> Consultado a fecha: 01/04/2012.

relativas a las ayudas para la dependencia que promulga la LAPAD, además la tendencia de este fenómeno va a ir en aumento progresivo tal como revelan los datos expuestos en la siguiente tabla:

<b>Proyecciones de población de Aragón 2010-2020 por grupos de edad.</b>				
<b>Año</b>	<b>Total</b>	<b>Menos de 65 años</b>	<b>de 65 a 80 años</b>	<b>de 80 y más años</b>
<b>1 de enero 2010</b>	1.313.016	1.049.028	177.619	86.369
<b>1 de enero 2011</b>	1.319.590	1.053.724	177.090	88.776
<b>1 de enero 2012</b>	1.325.845	1.057.897	176.851	91.097
<b>1 de enero 2013</b>	1.331.972	1.061.842	176.921	93.209
<b>1 de enero 2014</b>	1.337.935	1.065.771	177.135	95.029
<b>1 de enero 2015</b>	1.343.732	1.069.553	177.527	96.652
<b>1 de enero 2016</b>	1.349.333	1.072.957	178.656	97.720
<b>1 de enero 2017</b>	1.354.750	1.076.196	180.545	98.009
<b>1 de enero 2018</b>	1.359.984	1.079.224	183.196	97.564
<b>1 de enero 2019</b>	1.365.060	1.081.726	186.294	97.040
<b>1 de enero 2020</b>	1.369.998	1.083.661	190.163	96.174

Tabla 7 - Fuente: Proyecciones a Corto Plazo 2010-2020. INE.

### **3. CAPÍTULOS DE DESARROLLO: PROYECTO DE INTERVENCIÓN COMUNITARIO PARA LA AUTONOMÍA PERSONAL DE LOS SUJETOS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA**

A continuación se muestran de forma esquemática los puntos básicos del proyecto de intervención comunitaria, lo que facilitará su posterior comprensión.

- En primer lugar, aparece la definición y naturaleza del problema mediante un diagnóstico participativo (IAP) que, a su vez, servirá como herramienta para identificar problemas.

- En segundo término, se explican las fases del Marco Lógico y su relación con el ciclo del proyecto, las cuales incluyen la identificación del proyecto, el análisis de involucrados o de partes interesadas, el análisis del problema y, finalmente, el análisis de objetivos así como las actividades.
- El tercer punto consta de la formulación del proyecto, y de la narración de los objetivos y sus respectivas actividades (representadas gráficamente en un cronograma).
- Posteriormente, se desarrolla la ejecución y seguimiento del proyecto.
- En quinto lugar, se presenta el presupuesto y la financiación requerida.
- Finalmente, se despliega la fase de evaluación y viabilidad del proyecto de intervención comunitaria.

Las características anteriormente nombradas revelan la descripción del barrio tanto a nivel estructural como social y la tipología de la población que en él habita. Predomina de sobremanera los grupos de personas de edad envejecida, muchos de ellos valorados como personas en situación de dependencia, cuyo acceso a los recursos sociales es limitado y escaso.

Teniendo en cuenta el contexto que forjó la LAPAD así como las necesidades no satisfechas de la población diana (población en situación de dependencia), se decide, en colaboración con la propia comunidad afectada, la realización del presente proyecto, que se articula de la siguiente manera continuando en la línea del Marco Lógico:

1. ¿Por qué? 2. ¿Con quién? ¿Para quién? 3. ¿Qué?	4. ¿Para qué?	5. ¿Con qué? 6. ¿Cuánto?	7. ¿Cómo? 8. ¿Cuándo? 9. ¿Dónde?
MARCO FÍSICO SOCIAL	MARCO OPERATIVO	RECURSOS	PROCESO
Diagnóstico de los problemas del colectivo	Operativización	Necesidades y posibilidades de la institución	Instrumentación
Realidad física y social de la población y del entorno. Necesidades y demandas Recursos disponibles Determinación de los beneficiarios Líneas de actuación	Objetivos Resultados Indicadores Fuentes de verificación	Recursos necesarios Costes Estructura de gastos. Fuentes de ingresos	Localización Plan de Actividades Temporalización

Tabla 8 - Fernando Cembranos et al, El modelo de las nueve cuestiones, 1988.

El propósito del presente proyecto social o de desarrollo sociocomunitario es el de incluir cambios cuyos resultados se desean. "Por ello, es importante que la situación futura deseada sea descrita de forma que sea posible confirmar a posteriori, en qué medida el proyecto ha sido exitoso con sus objetivos y el grupo meta o beneficiarios directos". (Plataforma de ONG de Acción Social, 2003, P.7).

El proyecto comunitario cuenta con un objetivo general y tres específicos. El objetivo general plantea la prevención de la aparición o el agravamiento, así

como las secuelas de personas que se encuentran en situación de dependencia.

Los objetivos específicos, planteados a medio plazo, giran en torno a tres ejes: el primero de ellos promueve mediante el desarrollo coordinado entre los Servicios Sociales y de Salud actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables; el segundo, desarrolla una actividad específica para la educación en salud y dependencia, dirigido a dependientes y familiares; el último eje actúa a través del apoyo desde una perspectiva bio-psico-social y jurídico-normativa a familiares de personas dependientes.

Por consenso unánime y debido a las necesidades que presenta dicha población, se establece el objetivo general, en su mayor parte, basado en la LAPAD (artículo 21).

1. Objetivo general (a largo plazo): Prevenir la aparición o el agravamiento, así como las secuelas de personas que se encuentran en situación de Dependencia.

Este objetivo es el eje central del proyecto y se podrá lograr mediante los dos objetivos específicos expuestos posteriormente.

Para lograr su cumplimiento resulta necesario organizar grupos de personas que se diferenciarán por sus características físicas, psíquicas, mentales o sensoriales y según su grado y nivel dependencia. Lo cierto es que habrá que realizar esta diferenciación grupal para poder plantear actividades específicas según sus características.

#### 1.1. Actividades:

Los contenidos de las actividades se dividirán en dos bloques:

- a) Rehabilitación y fisioterapia: encaminadas a atender las secuelas de una enfermedad o trauma que provocan disfunción o discapacidad, con el objetivo de restituir a la persona afectada su funcionalidad física, social y laboral. Esta actividad se llevará a cabo desde el mes de diciembre de

2012 hasta la finalización del proyecto comunitario, se alternarán grupos de mañana en horario de 10:00 a 11.00h y de tarde en horario de 17:00 a 18:00h, de lunes a viernes.

- b) Terapia ocupacional y psicomotricidad: dirigidas a favorecer y mantener la salud, así como alcanzar las destrezas y actitudes necesarias para desarrollar actividades cotidianas con el fin de lograr mayor autonomía e integración.

Dichas actividades se llevaran a cabo también de lunes a viernes en horario de mañanas 12.00 a 13.00 y de 16.00 a 17.00h.

Aquellas personas cuyas capacidades personales estén más limitadas, y por ello requieran una atención más especializada y personalizada, preferentemente se ubicarán en el servicio de rehabilitación y fisioterapia.

Para la puesta en práctica de dichos servicios se cuenta con las instalaciones cedidas por el Ayuntamiento de Zaragoza "Centro Deportivo Municipal Duquesa Villahermosa". Los profesionales encargados serán tres estudiantes en prácticas de fisioterapia, así como una enfermera y una auxiliar de enfermería ambas voluntarias y pertenecientes a la Asociación, las cuales ayudarán en las tareas de rehabilitación.

Las actividades orientadas a la terapia ocupacional y la psicomotricidad irán vinculadas a aquellas personas que presentan mayor grado de autonomía personal. Se realizarán en el mismo lugar que las anteriores y con los mismos profesionales. Por otro lado se establecerán salidas programadas al Parque Delicias para usar el gimnasio que se encuentra al aire libre, la supervisión de las mismas partirá de la mano de los familiares de las personas dependientes, logrando mayor implicación en el proyecto.

2. Objetivo específico (a corto plazo): Promover mediante el desarrollo coordinado entre los Servicios Sociales y de Salud actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables.

Se pondrán en marcha mecanismos para promover la actividad física, entendida como todo movimiento del cuerpo implicado en la realización de las actividades cotidianas. Incluye actividades de la rutina diaria, como las tareas del hogar, ir a la compra, trabajar, etc.

Así como el ejercicio, el cual incluye los movimientos planificados y diseñados específicamente para estar en forma y gozar de buena salud.

Por otro lado se mejorará el conocimiento y la práctica de una alimentación diaria, sana y equilibrada en los distintos grupos de población mediante actividades y actuaciones específicas en materia de alimentación.

En definitiva, se pretende impulsar en la población diana la actividad física y patrones de vida más activos, fomentando así la autonomía personal.

Para ello se llevarán a cabo las siguientes actividades. Se darán dos charlas sobre alimentación y nutrición saludable, que serán impartidas por el médico de familia, y su localización será en una de las salas de la Asociación. Se realizarán durante los meses de diciembre de 2012 y enero de 2013, los miércoles y los viernes ambas en horario de mañanas de 11.00 a 13.00h.

Las actividades físicas así como la realización de ejercicio correrán a cargo de un profesor de educación física vinculado a la Asociación. Comenzarán en el mes de noviembre de 2012 y se prolongarán hasta la finalización del proyecto.

El horario será lunes de 10.00 a 12.00 y miércoles 16.00 a 18.00.

Para la puesta en práctica de las actividades físicas y el ejercicio, es el Ayuntamiento de Zaragoza, el que cede una sala del Gimnasio Municipal ubicado en el barrio de las Delicias. Se contará con varios monitores voluntarios para la dirección y supervisión de las actividades.

3. Objetivo específico (a medio plazo): Desarrollar un programa específico para la educación en Salud y Dependencia, dirigido a Dependientes y familiares.

“La educación para la salud ha evolucionado, desde un concepto para evitar la enfermedad a un enfoque más activo y global que actúa sobre la totalidad de

la vida del individuo en sus diversos ámbitos: familia, escuela, trabajo, comunidad, etc.

El enfoque positivo de la educación para la salud, trata de educar al individuo para que en todas sus actividades adopte un enfoque saludable. Se trata de formar una actitud que refleje su compromiso personal y que se materialice en lo que se denomina "estilo de vida saludable". Este estilo de vida surge de la voluntad libre de la persona y no de una obligación legal o reglamentaria, informa la totalidad de los actos individuales y sociales puesto que se inspira en un compromiso y decisión personal y no en una obligación externa. La conducta se basa en una actitud personal y no en la coerción externa y por tanto tiene mayores garantías de permanencia.

El programa contendrá los diferentes apartados.

### 3.1 Aprendizaje Activo:

El usuario debe participar activamente. Deben minimizarse las presentaciones magistrales y facilitar el aprendizaje por la práctica del discente. En lugar de la escucha pasiva tiene que producirse una implicación de los destinatarios de la prevención en su diseño y aplicación para que difundan activamente, los principios a transmitir.

#### 3.1.2 Valores Individuales y Normas:

La prevención tendrá en cuenta los valores individuales y grupales ya que en caso contrario es muy difícil actuar contra ellos.

#### 3.1.3. Desarrollo Habilidades Sociales:

El resultado de la prevención tratará de conseguir una mayor competencia en los sujetos para relacionarse con sus semejantes y potenciar su desarrollo social.

Para que los programas sean efectivos se recomienda el trabajo con grupos de iguales, ya que a través de ellos se consigue mayor adecuación de los contenidos, motivación y crédito de la información.



La metodología de la educación para la salud, propone la participación de los implicados en la transmisión de los mensajes, por ser más efectiva que la comunicación a través de los canales jerárquicos. El educador se convierte en un facilitador de la información y del aprendizaje compartido. De esta forma se potencia la adquisición de habilidades sociales, la competencia en la comunicación y en la resolución de conflictos. Se debe incidir en la responsabilidad individual, en la autoestima y en la toma de decisiones que faciliten la práctica de las habilidades aprendidas". (Ricardo Moragas et al. 2006).

Como la OMS ya indicaba en 1983: "Si enfocamos la educación sanitaria desde un modelo participativo y adaptado a las necesidades, la población adquirirá una responsabilidad en su aprendizaje y éste no estará centrado en el saber sino también en el saber hacer."

Estas actividades se llevarán a cabo a través de charlas específicas impartidas por el médico de familia del Centro de Salud Delicias Norte y un taller de habilidades sociales en el que se trabajará la empatía, la asertividad la comunicación no verbal... llevado a cabo por el Trabajador Social Comunitario, con el objetivo de que la población participante adquiera información básica y necesaria en materia de educación para la salud y la dependencia y con ello se logre su puesta en marcha.

Se realizarán dos charlas:

- La primera relacionada con el "aprendizaje activo" que tendrá lugar en el mes de septiembre de 2012, durante los días 13 y 14 en horario de 17:00 a 19:00 y la impartirá el Médico de Familia.
- La segunda charla tratará sobre valores individuales y normas, se realizará durante en el mes de Octubre durante los días 16 y 17 en el mismo horario, la impartirá el mismo profesional.

El taller de habilidades sociales se realizará durante todo el mes de Noviembre, los martes y jueves en horario de 18.00 a 20.00h.

Dichas actividades se realizarán en un espacio cedido voluntariamente por uno de los socios participantes en el proyecto, se trata de un local con buenas infraestructuras, tiene aseos, cocina, luz eléctrica... el cual se encuentra ubicado en la Calle Delicias. Dicho espacio podrá ser utilizado hasta la finalización del presente proyecto.

4. Objetivo específico (a corto plazo): apoyar desde una perspectiva bio-psico-social y jurídico-normativa a familiares de personas dependientes.

Dicho objetivo se alcanzará mediante tres actividades

- a) Gabinete de apoyo psicológico a usuarios y familiares, en el que se ofrecerá atención individualizada si se requiere. Este servicio se realizará los viernes en horario de mañana de 10.00 a 13.00h, se llevará a cabo por parte de un psicólogo gestáltico perteneciente a la Universidad de Zaragoza.
- b) Charla sobre acompañamiento a personas mayores en soledad impartida por parte de la Asociación CONEX (Fondo de conocimientos y experiencias). Se llevarán a cabo tres sesiones durante los meses de enero, marzo y mayo de 2013, los jueves de 19.00 a 21.00h.
- c) Charlas informativas sobre la actualidad de la Ley 39/2006, que correrá a cargo de un miembro del Colegio de Abogados de Zaragoza.

Dichas charlas comenzarán en Octubre y se realizarán cada dos meses en horario de 21.00 a 22.30h.

La capacidad de ocupación de plazas para los servicios de fisioterapia y rehabilitación, terapia ocupacional y psicomotricidad se establecerá en grupos de 35 personas en horario de mañana y 35 personas en horario de tarde. Los grupos no son completamente cerrados, pudiendo variar la asistencia a los mismos, previo aviso.

Desde el Centro Municipal de Servicios Sociales de Delicias, los PIAS (Plan Individual de Atención) realizados son en total 2578, en los que no se incluyen las revisiones. Por lo que el número de personas asistentes a cada grupo podría ir a la alza, en función de las necesidades observadas.

El resto de actividades programadas son de asistencia libre, hasta completar aforo.

En la siguiente tabla (Véase Tabla 1 - Cronograma de actividades) se expone el cronograma con las actividades explicadas anteriormente.

<b>Actividades</b>	<b>Sep</b>	<b>Oct</b>	<b>Nov</b>	<b>Dic</b>	<b>Ene</b>	<b>Feb</b>	<b>Mar</b>	<b>Abr</b>	<b>May</b>	<b>Jun</b>	<b>Jul</b>	<b>Ago</b>	<b>Sep</b>
Charla "aprendizaje activo"													
Charla "valores individuales y normas"													
Taller de habilidades sociales													
Charla "alimentación saludable"													
Charla "nutrición"													
Actividades físicas													
Rehabilitación y fisioterapia													
Terapia ocupacional y psicomotricidad													
Gabinete psicológico													
Charla CONEX													
Charla informativa LAPAD													

### 3.1. EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO

Siguiendo la línea de Marco, A. y Crespo, A (2010), “la ejecución es la realización del proyecto con el fin de alcanzar paulatinamente los resultados especificados en la fase de formulación y con ello los objetivos esperados.

Por ello, se va a llevar a cabo de forma paralela, la ejecución y el seguimiento que es la supervisión continua o periódica de la ejecución, para introducir, de ser el caso, los correctivos necesarios para el logro de los objetivos”.

Se contará con siete profesionales (médico de familia, abogado, enfermera, auxiliar de enfermería, trabajador social, psicólogo y profesor de educación física) y tres estudiantes en prácticas que durante el proceso de ejecución del proyecto y no en otras etapas del ciclo del mismo, harán el seguimiento o monitoreo de lo que se va avanzando y compararlo con lo planificado inicialmente, para que, en caso de que haya desviaciones negativas, se introduzcan las medidas correctivas o, en su caso, se reformule el proyecto. (Marco, A. y Crespo, A. 2010).

En la siguiente tabla se muestran los indicadores que permitirán a los profesionales el proceso de monitoreo:

Profesionales	Actividades	Indicadores
<b>Médico de familia</b>	Charlas	<ul style="list-style-type: none"><li>- N° de asistentes (usuarios)</li><li>- N° de asistentes (familiares)</li><li>- % de participación activa.</li></ul>
<b>Trabajador social</b>	Taller de habilidades sociales. Coordinación con el resto de profesionales.	<ul style="list-style-type: none"><li>- % de cumplimiento de los objetivos.</li><li>- % de ocupación</li></ul>

		del servicio.
		- N° de personas que conocen el proyecto.
<b>Psicólogo</b>	Atención psicológica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- N° de usuarios que utilizan el servicio de forma continuada.</li> <li>- % alcance objetivos individuales y familiares.</li> <li>-</li> </ul>
<b>Abogado</b>	Charla actualidad LAPAD	<ul style="list-style-type: none"> <li>- N° de asistentes (usuarios)</li> <li>- N° de asistentes (familiares)</li> <li>- % de participación activa.</li> </ul>
<b>Profesor de educación física</b>	Actividades físicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % de reducción de secuelas físicas.</li> <li>- % de usuarios que mejoran/empeoran su situación inicial.</li> <li>- % de bajas en el servicio.</li> </ul>
<b>Enfermera, auxiliar de enfermería y estudiantes prácticas</b>	Rehabilitación y fisioterapia. Terapia ocupacional y psicomotricidad.	- N° de mejoras de la calidad de vida de las personas usuarias.

- 
- % de éxito en las terapias aplicadas.
  - % de bajas en el servicio.
- 

Continuando con la línea de Marco, A. y Crespo, A, (2010) “el seguimiento se debe hacer día a día por todas las personas que participan en el proyecto. No obstante, periódicamente se preparan informes escritos, donde se recoge, para cada periodo, la descripción del proyecto, la descripción general de la marcha del proyecto en relación con los objetivos y resultados previstos, las actividades realizadas, el presupuesto ejecutado, la actualización del calendario de actividades de ser necesario, la relación de gastos realizados, la actualización de las previsiones presupuestarias, la valoración de seguimiento y las recomendaciones”.

### **3.2. PRESUPUESTO Y FINANCIACIÓN**

Para llevar a cabo el proyecto es necesario de una serie de ayudas económicas y de apoyo, destinadas entre otras cosas a los salarios de los profesionales, la publicidad del proyecto, los materiales necesarios para las actividades, etc.

La financiación correrá a cuenta de La Caixa y del Ayuntamiento de Zaragoza, este último también colabora en la cesión de espacios públicos. Los aportes materiales y el resto de infraestructuras necesarias serán facilitadas por la AA.VV. “Manuel Viola”.

<b><u>PRESUPUESTO</u></b>		
<b>RECURSOS</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>COSTE</b>
<b>Recursos Materiales</b>		
Material Fungible		
Bolígrafos	30 unid./mes	<b>30 x 12 (meses) x 0,25 = 90 €</b>
Paquetes de Folios	1 unid.(500 folios) x 4 €	<b>4 x 12 (meses) = 48 €</b>
Cartuchos impresora	1 unid./mes	<b>18 € x 12 (meses) = 216 €</b>
Folletos	300 unid. x 3 (meses)	<b>300 x 3 x 0.15 = 135 €</b>
Carteles	10	<b>10 x 12 = 120€</b>
Proyector (2ªmano)	1	<b>250 €</b>
Nevera para refrescos (2ªmano)	1	<b>125 €</b>
Refrescos	500	<b>500 x 0.50 = 2500 €</b>
<b>Recursos Humanos</b>		
Ponente (médico de familia)	1	<b>600 €</b>
Abogado	1	<b>90 x 6 = 540 €</b>
Representante CONEX	2	<b>200 €</b>
Trabajador Social (coordinador del proyecto)	1	<b>900 € x 12 = 5400 €</b>
Psicólogo	1	<b>500 x 12 = 3000 €</b>
Estudiantes en prácticas	3	<b>400 € x 9 x 3 = 10800€</b>
Voluntarios		<b>0 €</b>
<b>TOTAL</b>		<b>24.024 €</b>



RECURSOS	NÚMERO	COSTE
<b>Programa “ Educación en salud y dependencia”</b>		
Charla “Aprendizaje activo”	1 médico de familia x 4 h.	<b>400 €</b>
Charla “Valores individuales y normas”	1 médico de familia x 4 h.	<b>400 €</b>
Taller de habilidades sociales	1 trabajador social x 18 h.	<b>180 €</b>
TOTAL		<b>980 €</b>
<b>TOTAL</b>		<b>25004€</b>

<b><u>FINANCIACIÓN</u></b>		
CONCEPTOS	IMPORTES SOLICITADOS A LA FUNDACION "LA CAIXA" y AYO. ZARAGOZA	COSTE TOTAL
<b>Honorarios de profesionales</b>	20.920	20.920
<b>Material para las actividades</b>	3.104	3.104
<b>Promoción del proyecto</b>	255	255
<b>Suministros básicos para los beneficiarios y voluntarios</b>	729	729
<b>Total de costes</b>	<b>25.004</b>	<b>25.004</b>

### 3.3. EVALUACIÓN Y VIABILIDAD

Finalmente se llegará al proceso de evaluación, que consistirá en hacer una apreciación sobre el proyecto terminado. En la que se medirá el grado de pertinencia<sup>9</sup>, idoneidad<sup>10</sup>, efectividad<sup>11</sup> y eficiencia<sup>12</sup> de un proyecto.

Por otro lado, para facilitar el proceso de toma de decisiones y mejorar o modificar el proyecto, se podrán introducir modificaciones de lo que se está evaluando y, eventualmente podría decidirse la interrupción del proyecto. También se podrá mejorar la metodología utilizada, las prácticas y los procedimientos llevados a cabo, así como establecer en qué grado se han producido otras consecuencias imprevistas, es decir, aunque todo proyecto busque el logro de unos determinados objetivos pueden producirse efectos y resultados imprevistos. (Marco, A. y Crespo, A. 2010)

Ante ello, se llevará a cabo una evaluación mixta, la cual será realizada por los propios profesionales inmersos en el proyecto, además se contará con la participación de los profesionales que han colaborado desde el Centro Municipal de Servicios Sociales. Dicho proceso de evaluación se ejecutará en cuatro momentos clave, que se presentan a continuación, según las fases de Marco, A. y Crespo, A.

- Evaluación previa (ex – ante): su propósito fue adquirir información (identificación de la naturaleza del problema) y establecer criterios racionales (dar respuesta efectiva a las demandas ciudadanas) para finalmente decidir la conveniencia técnica de la implantación del presente proyecto. Se evaluó la posibilidad de alcanzar unos objetivos propuestos en un programa, valorando positivamente su alcance, debido a los

---

<sup>9</sup> Definición extraída de García, G. y Ramírez, J.M. (1996). Diseño y evaluación de proyectos sociales. Pertinencia: la capacidad para resolver el problema que le dio origen.

<sup>10</sup> Ibídem; Idoneidad: la capacidad de hacer coherentes las medidas con los objetivos propuestos.

<sup>11</sup> Ibídem; Efectividad: la capacidad que tienen las medidas para alcanzar los objetivos en cantidad, calidad y tiempo.

<sup>12</sup> Eficiencia: permite establecer si se puede realizar de manera más económica y en menor tiempo.

recursos existentes en la comunidad y a la participación activa ciudadana.

- Evaluación continua: con respecto a esta fase de evaluación, serán los propios profesionales los que supervisarán los logros/fallos en sus áreas de trabajo, siempre en conexión con el coordinador del proyecto. Con ello, se buscará aportar el perfeccionamiento en el desarrollo del proyecto, así como aplicar correcciones necesarias a medida que va avanzando el proyecto.
- Evaluación final (ex – post): se realiza una vez finalizado el proyecto. Con ella, se pretende conocer el nivel de cumplimiento de los objetivos (propósito y resultados del Marco Lógico) así como demostrar que los cambios que se han conseguido son consecuencia de las actividades del proyecto. No solo indaga en los cambios positivos, sino que también examina los efectos negativos e inesperados, pudiendo ser objeto de revisión y modificación para futuros proyectos.
- Evaluación de impacto: se realizará a los cinco años de haber finalizado el proyecto de intervención comunitario. Se establecerá en qué medida la intervención social ha logrado mejorar la situación para la cual fue diseñada, así como la magnitud que tuvieron los cambios, si los hubo o no, en la población en situación de dependencia y, por ende, en sus familiares.

Por otro lado, para llevar a cabo un riguroso proceso de evaluación, resulta necesario describir los instrumentos, que sirven para recoger la información que se quiere conocer, en función de las características del aprendizaje que se pretende evaluar y de las condiciones en las que se aplicarán. Los instrumentos de evaluación son herramientas destinadas a documentar la función de una persona, verificar los efectos obtenidos y evaluar el resultado, de acuerdo a unos objetivos preestablecidos de antemano, que permitirán saber el logro de los objetivos, considerando las actitudes, habilidades, destrezas... de éstas, en el ejercicio de una acción concreta en un contexto determinado.

A continuación se presentan los instrumentos de evaluación que se van a utilizar en el proyecto, en dos grupos bien diferenciados, el primero (Grupo "A") destinado a los profesionales inmersos en el proyecto, y el segundo (Grupo "B") dirigido a los usuarios/beneficiarios, (Samuel Gento; 1998; pp.104):

- Grupo "A":

- Diario de campo: "permiten recoger la descripción de determinados procesos o actuaciones en su totalidad".
- Estudio de casos: "recogen datos y posibles soluciones a adoptar ante problemas o situaciones cuyo relato se describe previamente".
- Pruebas sociométricas: "instrumento evaluativo realizado a partir de preguntas destinadas a medir las interacciones sociales y para mostrar la configuración de las relaciones entre los miembros de un grupo determinado".
- Memorandos: "suponen la existencia de un instrumento guía para la realización de un proceso de evaluación de cierta complejidad, tal como la auditoría. Pueden incluir, entre otros aspectos, los elementos a valorar, los objetivos de cada evaluación, los controles a efectuar, la validez interna de los controles, etc."
- Informes: "descripción detallada que realiza un experto de las evidencias detectadas y de la valoración de las mismas".

- Grupo "B":

- Cuestionarios: "serie de preguntas escritas a las que responden las personas evaluadas. Pueden ser de carácter cerrado, cuando de lo que se trata es de elegir una o varias respuestas ya elaboradas; abierto, si la respuesta ha de ser elaborada por quien cumplimenta el cuestionario; o mixto, cuando incluye rasgos de uno y de otro".
- Escalas de evaluación: "similares a los cuestionarios, pero en las que la respuesta escrita supone una valoración, que se lleva a cabo utilizando para ello diversas categorías numéricas o verbales previamente establecidas".

- Tests estandarizados: "construidos por expertos, con ellos se pondera el valor de los resultados en base a baremos contrastados para diversos grupos de población".

Una vez finalizado el proyecto de intervención comunitario, y habiendo valorado los logros conseguidos en beneficio de la población diana, los profesionales en coordinación con los usuarios de dicho proyecto, considerarán su mantenimiento a través de la sostenibilidad entendida como la destreza de una iniciativa social para originar y desarrollar valor en una comunidad, de modo tal que suscite el interés de actores sociales por sustentar y proseguir con esa actividad o servicio social.

## BIBLIOGRAFÍA

Alemán, C. "Una perspectiva de los Servicios Sociales en España", *Alternativas: Cuadernos de Trabajo Social*, N°2 (1993), pp. 195 – 205.

Casado, D. et al, "La dependencia funcional y el Tercer Sector en España", *Cuadernos de debate. II Foro Tercer Sector*. (2009), pp. 28 – 43.

Cembranos, F. et al, *La animación sociocultural: una propuesta metodológica*, Ed. Popular, Madrid, 1988.

Cervera, M. et al, "Informe final del grupo de expertos para la evaluación del desarrollo y efectiva aplicación de la ley 39/2006 14 de diciembre de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Primera parte: Valoración", (2009), pp.28 – 34.

Cortés, F. "El desarrollo de los planes comunitarios en Cataluña", (2004).

IMSERSO, Atención a las personas en situación de dependencia en España, Libro Blanco, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid, 2004, pp. 72 – 73.

Lewin, K. et al, (1992). La investigación-acción participativa: inicios y desarrollos edición a cargo de María Cristina Salazar. Madrid: Editorial Popular, 1992.

Lima, A. "El sector sociosanitario, a examen", en Revista Axa Empresa, N°46 (2010), p.6.

Marco, A. y Crespo, A. Guía de diseño de proyectos sociales comunitarios bajo el enfoque del marco lógico. (2010).

Moragas, R. et al. "Estudio: prevención dependencia. Preparación para la jubilación – dos". Grupo Investigación Envejecimiento. (2006), pp. 11 – 13.

Ortegón, E. et al. (2005), Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas.

Rodríguez, P. "El sistema de servicios sociales español y las necesidades de la atención a la dependencia", Documentos de trabajo (Laboratorio de alternativas), N° 87 (2006), pp. 27 – 27.

Rodríguez, P. "Las necesidades de las personas mayores dependientes", *Revista de Asuntos Sociales*, N° 38 (2009), pp. 38 – 41.

Secretaría de Estado de Vivienda y Actuaciones Urbanas, Zaragoza, 2006.

VV.AA (2010) Análisis y desarrollo social consultores, "Guía de formulación de proyectos sociales con Marco Lógico", Plataforma de ONG de Acción Social, (2010) pp. 11 – 15.

## **WEBGRAFÍA**

<http://www.efn.uncor.edu/departamentos/estruct/Igoday/Metodologia/Documentos/Pagot.pdf>

<http://www.imtersomayores.csic.es/documentos/documentacion/glosario/2007/fuentesinternet.rtf>

<http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/132>

PORTAL MAYORES, "Bibliografía. Fuentes en Internet para la elaboración de un vocabulario normalizado en Gerontología y Geriatria", 2007. Consultado en web: <http://www.imtersomayores.csic.es>

## **LEGISLACIÓN**

España, Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, Boletín Oficial del Estado.

España, Real Decreto 620-1981, de 5 de febrero, que crea el Régimen unificado de ayudas públicas a disminuidos, Boletín Oficial del Estado.



España, Ley 26/1990, de 20 de diciembre, por la que se establecen en la Seguridad Social prestaciones no contributivas, Boletín Oficial del Estado.

España, Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, Boletín Oficial del Estado.

España, Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores, Boletín Oficial del Estado.

España, Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras, Boletín Oficial del Estado.

España, Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal, Boletín Oficial del Estado.

España, Ley 52/2003, de 10 de diciembre, de disposiciones específicas en materia de Seguridad Social, Boletín Oficial del Estado.

España, Ley 27/2011, de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del Sistema de Seguridad Social, Boletín Oficial del Estado.

**ANEXO 1. Diario de campo**

Fecha	Descripción	Comentarios

## ANEXO 2. Estudio de casos

1. Datos de identificación (Nombre, apellidos, domicilio, edad, fecha de nacimiento, estado civil, nivel formativo, nivel laboral, vínculos)	
2. Datos de la unidad de convivencia (Genograma)	
3. Situación económica y laboral	
4. Situación formativa	
5. Situación sanitaria	
6. Dinámica familiar (Sociograma)	
7. Datos de la vivienda	
8. Valoración profesional	
9. Propuesta	

### ANEXO 3. Ejemplo de pruebas sociométricas

#### CRITERIO – II. TRABAJO – ESTUDIO.

CLAVE: \_\_\_\_\_

- Si tuvieras que formar parte de un equipo de trabajo para realizar una actividad escolar. ¿Con quién te gustaría trabajar? *(Puedes escribir a todos los que quieras, pero en orden, empezando por el que más te gusta).*

Orden	Nº	Nombre	Orden	Nº	Nombre
1.-	.....	.....	6.-	.....	.....
2.-	.....	.....	7.-	.....	.....
3.-	.....	.....	8.-	.....	.....
4.-	.....	.....	9.-	.....	.....
5.-	.....	.....	10.-	.....	.....

- En la misma situación anterior, ¿A quién no querrías que fuera contigo para hacer el trabajo? *(Puedes escribir a todos los que quieras, pero en orden, empezando por el que menos te gusta).*

Orden	Nº	Nombre	Orden	Nº	Nombre
1.-	.....	.....	6.-	.....	.....
2.-	.....	.....	7.-	.....	.....
3.-	.....	.....	8.-	.....	.....
4.-	.....	.....	9.-	.....	.....
5.-	.....	.....	10.-	.....	.....

- Adivina los que te han elegido a ti para realizar el trabajo. *(No hace falta que indiques el orden).*

Nº	Nombre	Nº	Nombre	Nº	Nombre
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....

- Adivina los que NO te quieren a ti para trabajar. *(No hace falta que indiques el orden).*

Nº	Nombre	Nº	Nombre	Nº	Nombre
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....

## **ANEXO 4. Memorando**

Hewlett-Packard

Para: [Nombres de destinatarios]

De: MARIETA

CC: [Nombres de destinatarios]

Fecha: [Seleccione la fecha]

Re: [Asunto]

---

Comentarios: [Sus comentarios]